

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

# **VÝZNAM SUPERVIZE PRO ZDRAVOTNICKÉ PRACOVNÍKY V LŮŽKOVÝCH ZAŘÍZENÍCH**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Monika Ciklerová

Studijní program: Rehabilitační a psychosociální péče o děti, dospělé a seniory

Studijní obor: Rehabilitace

Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, PhD.

Datum odevzdání práce: 20. 5. 2013

## **Abstrakt**

V teoretické části této práce je popsána oblast zdravotnictví s důrazem na práci nelékařských zdravotnických pracovníků v kontextu s platnou legislativou. Teorie dále přibližuje aspekty práce zdravotníků v kontextu s etickými zásadami a zátěží v rovině emocionální, psychické, fyzické i sociální, kterou sebou povolání zdravotníka přináší. Zamýšlí se nad možnými projevy vyčerpání a únavy v těchto rovinách a plynule navazuje popisem projevů syndromu vyhoření. Tento soubor příznaků je často vnímán v kontextu s prací v takzvaných pomáhajících profesích, kam patří též zdravotničtí pracovníci. V rozvinutém a neošetřeném stádiu může takový syndrom vést až k profesionálnímu selhávání ve smyslu nevratného poškození pracovníka a též jeho pacienta nebo klienta.

Práce poukazuje na preventivní opatření, která mohou pomoci tomuto syndromu předejít. Popisuje supervizi, jako nástroj podpory a systém celoživotního učení zaměstnanců, ve kterém je kladen důraz na rozvoj osobnosti a zvládnutí emocí pracovníka tak, aby mohl dále poskytovat oporu svým pacientům a klientům. Supervize je účinná také jako systém kontroly a zvyšování kvality poskytované péče. Tento systém komplexní podpory a péče nejen pro jednotlivce jako takového, ale též pro tým, má své kořeny především v psychoterapii. Zde se stala nedílnou součástí reflexe vlastní práce, rozboru složitých témat, vzájemné podpory a upevnění odborných kompetencí psychoterapeutů. Z této oblasti se postupně v různé míře přenesla též do sociální, poradenské a pedagogické oblasti, kde své místo v běžném systému práce má již v celku upevněné.

Ve zdravotnictví, jakkoli je to oblast s enormní zátěží pro pracovníky, s příčinou především permanentním stykem s utrpením, bolestí a bezmocí, je supervize zatím metodou, která není příliš rozšířená a používaná.

Práce se ve své empirické části zabývá důvody, které brání přijetí a plošnému rozšíření supervize, jako systému podpory zaměstnanců ve zdravotnictví. Snaží se specifikovat podmínky a požadavky, za kterých by supervize mohla fungovat i ve zdravotnické oblasti.

Výzkumem v Oblastní nemocnici Příbram, a.s., se snaží nalézt a pojmenovat možné bariéry rozvoje supervize a přispět k většímu zájmu pracovníků o její zavedení. Na základě stanovených výzkumných otázek nachází hlavní bariéry především v malé informovanosti a zkušenosti vedoucích pracovníků v možnostech a funkci supervize. Překážky identifikuje též v obavě z finanční a časové náročnosti supervize a v zahlcení zdravotníků nutností učit se a neustále vstřebávat i aplikovat velké množství odborných metod a informací. Tím pádem zbývá malý prostor, který dovolí nelékařským zdravotnickým pracovníkům zabývat se projevy vlastního deficitu a péčí o sebe.

V oblasti specifikace podmínek, které by supervize ve zdravotnickém zařízení musela splňovat, nachází práce pouze jednu odpověď, a sice, že případný supervizor by se měl velmi dobře orientovat ve zdravotnickém prostředí, případně mít vlastní zdravotnickou praxi a zkušenost, aby byl pro supervidované zdravotníky autentický a věrohodný.

Práce dále zjišťuje, že vedení zdravotnického zařízení případnou supervizi u svých zaměstnanců sice podporuje, zatím však nijak nezaznamenalo zájem o její zavedení. Výsledky dotazníkového šetření mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky vybraných oddělení této nemocnice, které bylo součástí výzkumu v této práci, však ukazují, že více než 50% dotazovaných považuje supervizi ve zdravotnictví za potřebnou.

Konkrétní oblasti potřebné podpory u nelékařských zdravotnických pracovníků pak výzkum našel v nejčastěji se opakujících vyjádřených pocitech. Jednalo se zejména o pocit nedostatečného uznání a ocenění vlastní práce a dále pocit, že vlastní práce již nepřináší pracovníkovi radost. Ve velké míře byly dotazovanými také popisovány problémy v oblasti somatické, zejména časté bolesti hlavy, obtíže spojené se zažíváním a dýcháním a poruchy spánku, které s vyčerpáním mohou souviset.

Výzkumná práce nachází dobré podmínky pro zavedení supervize ve zkoumaném zdravotnickém zařízení. Je však třeba nejprve zajistit dobré a dostatečné informace jak pro vedoucí pracovníky, tak i pro nelékařské zdravotnické pracovníky samotné. Klíčové je zde přijetí myšlenky, že investice do spokojených a „nevyhořelých“ zaměstnanců je

deviza stejně důležitá, jako špičkové vybavení a dobře zvládnuté postupy práce odpovídající nejnovějším poznatkům lékařské vědy.

Tato práce nabízí některé poznatky o pocitech nelékařských zdravotnických pracovníků s cílem podpořit zavádění supervize v lůžkových zdravotnických zařízeních pro tuto profesní skupinu. Je určena jak pracovníkům samotným, tak i managementu zdravotnických zařízení. Jako studijní materiál může posloužit studentům zdravotnických, sociálních i psychologických oborů. Jejím cílem je propagovat myšlenku, že dobře léčit a pomáhat může jen člověk, který je sám zdravý, jistý ve svých schopnostech a nasycený ve svých potřebách.

## **Abstract**

The theoretical part of this thesis focuses on health care issues related to the work of health care professionals in the context of a current legislation. In this part the work of health care professionals is linked to the ethical principles and pressures on the emotional, mental, physical and social levels. The work focuses on the possible symptoms of exhaustion and fatigue on these levels. Then the description of the symptoms of the burn-out syndrome follows. This set of symptoms is often perceived in the context of the work of so called helping professions, including health care professionals. In the advanced and untreated stage this syndrome may result in professional failure such as irreversible harm on a health care professional as well as on his or her patient or client.

In this respect, this work outlines the preventive measures that can help to avoid this syndrome. It refers especially to the supervision as a means of support and life-long learning system for the employees. The emphasis is put on a personal development and coping with emotions so the health care professional is able to provide his or her clients and patients with relevant support. Supervision also develops its potential as a system of control and improving the quality of the provided care. It also helps to achieve the necessary health care quality standards in all respects.

This system of a complex support and care for an individual worker as well as team of professionals is rooted predominantly in the development of psychotherapy. In this field it became an integral part of the reflection of psychotherapists' own work, the analysis of complex issues and mutual support and strengthening their professional competences. Apart from psychotherapy the system of a complex support is gradually in varying degrees established also in other areas such as social services, counseling and pedagogy.

Despite the fact that health care is an area with enormous pressure on professionals, caused predominantly by permanent contact with suffering, pain and helplessness, the supervision as a method is still not fully established and used here.

In its empirical part this thesis deals with the reasons which prevent supervision to be fully accepted and generally adopted as a system of support for health care professionals. This work tries to point out requirements and conditions under which supervision might work in health care area.

The research in the Regional Hospital in Příbram tries to find and identify possible barriers to the development of supervision and thus contribute to greater interest in its implementation. According to the research findings the main barriers involve inadequate experience and awareness of senior professionals about possibilities and purpose of supervision, their concerns about high financial expenses, the need to devote extra time to this method and last but not least the necessity to study and apply a large amount of professional methods and information to work. The last two mentioned criterions also reduce space which could health care professionals otherwise use for meeting their own needs and self-care.

In terms of conditions supervision in health care institution would have to meet, the thesis comes to a conclusion that the possible supervisor should be well-informed about health care sector or experienced in own medical practice. In this respect he or she would be authentic and trustworthy for the supervised health care staff.

This thesis also finds out that hospital management strongly supports supervision but so far has not recorded any interest in its implementation among the employees. However, findings of the survey aimed at health care professionals from the selected hospital departments show that more than 50% of respondents regard supervision in health care as needed.

The specific need of support for health care professionals is found predominantly in inadequate recognition and appreciation of their work and in the feeling that their work does not bring them joy. In this respect the respondents to a large extent described

somatic problems such as frequent headaches, difficulties in digestion and breathing and sleep disorders.

According to the research there are good conditions for implementation supervision in a health care institution. However, first it is necessary to ensure that both hospital management and health care professionals are provided with good and sufficient information. The essential criterion here is to accept the idea that the investment in satisfied employees and in prevention of burn-out syndrome is a key factor equally important as top notch equipment and well managed work processes relevant to the latest findings in medicine.

The goal of this thesis is to support implementation of supervision among health care professionals in inpatient wards. It is intended for the health care professionals as well as for hospital management. This work can also be useful as a study material for students interested in health care, social science and psychology. Its aim is to promote the idea that only a person who is healthy, self confident and meets his/her own needs is able to cure well and help others.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma *Význam supervize pro zdravotnické pracovníky v lůžkových zařízeních* jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to - v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledky obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.



### **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, PhD., za její nedocenitelnou pomoc a podporu při vedení mé diplomové práce a cenné rady, které mi pomohly orientovat se lépe v oblasti supervize a zdravotnictví. Mé díky patří také ochotným respondentům, zaměstnancům Oblastní nemocnice Příbram, a.s., za jejich čas a ochotu odpovídat na mé otázky.

V neposlední řadě patří můj velký dík mému manželovi a dcerám za jejich trpělivost a statečnost, se kterými zvládli nelehké období mého studia a výzkumu.

## Obsah

<i>Seznam použitých zkratek</i> .....	8
<i>Úvod</i> .....	9
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1. Základní pojmy</b> .....	<b>10</b>
<b>1.2. Pomáhající profese</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3 Zdravotnictví</b> .....	<b>12</b>
1.3.1 <i>Legislativa</i> .....	12
1.3.2 <i>Financování zdravotní péče</i> .....	14
1.3.3 <i>Etika poskytované zdravotní péče</i> .....	14
1.3.4 <i>Odměňování zdravotníků za práci</i> .....	16
<b>1.4 Zdravotnický pracovník</b> .....	<b>16</b>
1.4.1 <i>Nelékařská zdravotnická povolání</i> .....	17
1.4.2 <i>Příprava na výkon zdravotnického povolání a celoživotní vzdělávání</i> .....	18
1.4.3 <i>Vztah k pacientům</i> .....	21
1.4.4 <i>Stres</i> .....	23
1.4.5 <i>Motivace k práci ve zdravotnictví</i> .....	25
<b>1.5 Syndrom vyhoření</b> .....	<b>25</b>
1.5.1 <i>Projevy syndromu vyhoření</i> .....	26
1.5.2 <i>Fáze syndromu vyhoření</i> .....	27
1.5.3 <i>Prevence</i> .....	28
<b>1.6 Supervize</b> .....	<b>29</b>
1.6.1 <i>Funkce a dělení supervize</i> .....	31
1.6.2 <i>Osobnost supervizora</i> .....	32
1.6.3 <i>Zavádění supervize a supervizní kontrakt</i> .....	33
1.6.4 <i>Balintovské skupiny</i> .....	35
<b>2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b> .....	<b>38</b>
<b>2.1 Cíle práce</b> .....	<b>38</b>
<b>2.2 Výzkumné otázky</b> .....	<b>38</b>
<b>3. METODIKA</b> .....	<b>39</b>
<b>3.1 Použité metody výzkumu</b> .....	<b>39</b>

3.1.1	<i>První část</i> .....	39
3.1.2	<i>Druhá část</i> .....	40
3.1.3	<i>Třetí část</i> .....	40
<b>3.2</b>	<b><i>Charakter zkoumaného souboru</i></b> .....	<b>42</b>
3.2.1	<i>První část</i> .....	42
3.2.2	<i>Druhá část</i> .....	42
3.2.3	<i>Třetí část</i> .....	43
<b>4.</b>	<b><i>VÝSLEDKY</i></b> .....	<b>44</b>
<b>4.1</b>	<b><i>Výsledky první části výzkumu</i></b> .....	<b>44</b>
4.1.1	<i>Oblastní nemocnice Příbram, a.s.</i> .....	44
4.1.2	<i>Historie</i> .....	44
4.1.3	<i>Organizace léčebné péče</i> .....	44
4.1.4	<i>Legislativa</i> .....	45
4.1.5	<i>Rozhovor s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči</i> .....	47
<b>4.2</b>	<b><i>Výsledky druhé části výzkumu</i></b> .....	<b>57</b>
<b>4.3</b>	<b><i>Výsledky třetí části výzkumu</i></b> .....	<b>66</b>
<b>5.</b>	<b><i>DISKUZE</i></b> .....	<b>73</b>
<b>5.1</b>	<b><i>Podpora</i></b> .....	<b>75</b>
<b>5.2</b>	<b><i>Vzdělávání</i></b> .....	<b>77</b>
<b>5.3</b>	<b><i>Kontrola</i></b> .....	<b>80</b>
<b>5.4</b>	<b><i>Odpověď na výzkumné otázky</i></b> .....	<b>81</b>
<b>6.</b>	<b><i>ZÁVĚR</i></b> .....	<b>84</b>
<b>7.</b>	<b><i>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</i></b> .....	<b>86</b>
<b>8.</b>	<b><i>KLÍČOVÁ SLOVA</i></b> .....	<b>93</b>
<b>9.</b>	<b><i>PŘÍLOHY</i></b> .....	<b>94</b>

## Seznam použitých zkratk

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

NZIS – Národní zdravotnický informační systém

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

OSVČ – Osoba samostatně výdělečně činná

ZP – Zdravotní pojištění

SWOT analýza – typ analýzy, která hledá silné stránky, slabé stránky, příležitosti a ohrožení v dané oblasti nebo v daném zařízení (z angl. originálu: S = Strengths, W = Weaknesses, O = Opportunities, T = Threats)

ONP – Oblastní nemocnice Příbram

NOP – Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, také jinak Hlavní sestra zdravotnického zařízení

Náměstek LPP – Náměstek léčebně preventivní péče

NLZP – nelékařský zdravotnický pracovník

ARO – Anesteziologicko resuscitační oddělení

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

OšP – Oddělení ošetrovatelské péče

OAP – Oddělení akutního příjmu

## Úvod

Pro svou diplomovou práci jsem si vybrala téma z oblasti, ve které se pohybuji při svém povolání již nějaký čas. Je to oblast zdravotnictví, konkrétně prostředí Oblastní nemocnice Příbram, kde jsem zaměstnaná jako zdravotně sociální pracovník. Každý den tak mám možnost sledovat, s jak obrovskou zátěží v oblasti fyzické, psychické i emocionální se musí vyrovnávat zdravotničtí pracovníci nelékařských profesí, kteří pracují v přímé péči o pacienty. Velmi častý kontakt s lidským utrpením, bolestí, bezmocí, strachem a krizí spolu s nutností práce na směny činí z tohoto povolání, dle mého názoru, jedno z nejtěžších vůbec.

Existují různé mechanismy, jak se se stresem vyrovnat. Každý člověk podvědomě ví, že je důležité kvalitně odpočívat a vést uspokojivý osobní život, nicméně pro mnoho z nás je trvalé naplnění tohoto ideálu velmi obtížné až nereálné. Dlouhodobé zanedbávání péče o sebe ve smyslu uvolnění stresu a kvalitní přípravy na rizikové situace může také u zdravotníků vést až k takzvanému syndromu vyhoření. Protože v předcházení tomuto syndromu se u jiných pomáhajících profesí osvědčila preventivní a podpůrná činnost zvaná supervize, je cílem mé práce zmapovat možnosti daného zdravotnického zařízení právě v souvislosti se zaváděním této metody.

Cílem této práce bylo popsat současný stav v podpůrné péči u nelékařských zdravotnických pracovníků Oblastní nemocnice Příbram. Zmapovat dále názory osob, které v rámci své kompetence rozhodují o možné aplikaci supervize právě pro zdravotnické pracovníky. Konečně též alespoň z malé části zjistit a definovat potřeby nelékařských zdravotnických pracovníků a jejich současný stav v emocionálních, fyzických, sociálních i psychických nárocích zdravotnické práce na zvláště exponovaných odděleních zdravotnického zařízení.

# 1. SOUČASNÝ STAV

## 1.1. Základní pojmy

*Zdravotní péče* je soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu; udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu; udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení...a posuzování zdravotního stavu. Patří sem preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky...“ (Zákon č. 372/2011 Sb., §2, odst. 4).

*Pomáhající profese* jsou takové typy lidského povolání, které se zaměřují přímo na práci s druhými lidmi a pomoc jim. Kopřiva (2006) sem zařazuje sociální pracovníky, pedagogy, lékaře, zdravotní sestry, pečovatelky nebo psychology a tuto kategorii definuje jako: „řadu povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem“ (str. 14). Jak dále říká, na rozdíl od jiných povolání, zde hraje velmi podstatnou roli lidský vztah mezi profesionálem a jeho klientem. Zdůrazňuje, že hlavním pracovním nástrojem u pomáhajícího pracovníka je jeho osobnost. Více viz kap. 1.2.

*Syndrom vyhoření* je obtížně léčitelné onemocnění, vyskytující se právě u osob vykonávající pomáhající profese. Bývá charakterizováno jako totální vyčerpání, způsobené reakcí na náročnost práce v rovině psychické, tělesné, emocionální i sociální. Typické je snížení výkonu, únava už při „pomyšlení na práci“ a pocit „že už nemohu dál“. Lidé s těmito obtížemi pociťují ztrátu naděje na zlepšení, subdepresivní ladění a podrážděnost. Příznačné je pro ně odcizení druhým lidem i sobě samým a cynický přístup k práci a životu (Vymětal, 2009, s. 113). Více viz kap. 1.5.

*Psychohygienu* je obor, který se zabývá rozvojem a podporou duševního zdraví. Můžeme ho také chápat jako soubor opatření, která k udržení tohoto zdraví vedou. Těmito opatřeními rozumíme například způsob života, určité návyky a chování, které podporují dobré zdraví člověka (Oudová, 2007).

*Supervize* je metoda práce „cíleně zaměřená na podporu a rozvoj kvality práce a profesionality a to u jednotlivého pracovníka, týmu či celé organizace“ (Michková, 2008, s. 9). Více viz kap 1.6.

## **1.2. Pomáhající profese**

Každá oblast lidské činnosti má svá specifika a s tím se pojící náročnost, zvláště pokud je tato činnost zaměstnáním. Některá zaměstnání jsou vysoce náročná na množství znalostí, jiná na fyzickou zdatnost, rychlost reakce nebo výdrž. Odlišný je také cíl činností – některé profese vytváří nové hodnoty, jiné je udržují; někde jsou cílem hmotné výrobky, u jiné profese je výsledek nehmotatelný.

Skupina profesí, kterou se zabývá tato práce, se řadí mezi takzvané „pomáhající“. Hlavní náplní je zde pomáhat druhým lidem. Dle Kopřivy (2006) sem řadíme profese lékařské, zdravotní pracovníky, pedagogy, sociální pracovníky, pečovatelky, psychology a psychoterapeuty a některé další. Jak říká stejný autor: „na rozdíl od jiných povolání zde hraje velmi podstatnou roli lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem“ (Kopřiva, 2006, str. 14). Spolu s odbornými znalostmi (např. zdravotnické nebo pedagogické postupy) se od pomáhajících pracovníků očekává (možná více než jinde) také trpělivost, vcítění, vlídnost a vyrovnanost.

Pokud se na jednotlivé pomáhající profese podíváme podrobněji, můžeme u každé skupiny najít její specifickou zátěž. Podstatnou zátěží zdravotnických pracovníků je nepřetržitý nebo častý kontakt s nemocí, bolestí a utrpením. Na rozdíl od ostatních pomáhajících profesí je také většina zdravotníků zaměstnaná ve směnných provozech. Fungují nepřetržitě tak, aby byla zajištěná dostatečná péče o všechny potřebné. V době kdy většina pracujících lidí odpočívá (v noci, o víkendu), množství zdravotníků vykonává svou práci. Zdravotnická práce klade vysoké nároky na výkon a zodpovědnost a zároveň jsou v ní pracovníci vystaveni trvalému stresu, nutnosti neustálého vzdělávání a očekává se od nich poměrně vysoké nasazení při práci (Bartošíková, 2006).

Souhrnnou motivací osob, které se rozhodnou pracovat v takzvané pomáhající profesi, bývá snaha pomáhat druhým lidem. Většina studentů, připravující se na výkon pomáhající profese, začíná s nadšením a ideály, které chce naplnit. Nutnost podávat vysoký výkon a pracovat s velkým emočním nasazením, však způsobuje, že po čase pracovník zjišťuje, že poměr mezi investicí do práce (fyzickou, psychickou i emoční) se snadno stane mnohem větším než příjem, který tato práce pracovníkovi přináší. Pokud není u tohoto zaměstnance zajištěno také dostatečné dočerpání sil ve všech výdejevých rovinách, dochází velmi často k rozčarování z práce, zklamání, nenaplnění představ a očekávaného přínosu pro pracovníka – ať je to ocenění finanční, ale také společenské. Snadno tak může vzniknout jev, který nazýváme syndromem vyhoření (Kebza, Šolcová, 2003).

### **1.3 Zdravotnictví**

#### *1.3.1 Legislativa*

Zdravotní péče v České republice je organizována podle **Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**, v platném znění. Zákon definuje termíny jako zdravotnické zařízení, zdravotnický pracovník nebo pacient.

Podmínkou poskytování zdravotnických služeb stanovuje vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb příslušným Krajským úřadem a způsobilost k samostatnému výkonu zdravotnického povolání. Stanovuje u zdravotnických pracovníků nelékařského povolání činnost bez přímého vedení a odborného dohledu a činnost pod přímým vedením nebo odborným dohledem (§11 – 12).

Vymezuje také práva a povinnosti pacientů (§28), kde např. v bodu 3a) říká, že: „pacient má právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s jejich charakterem“. Zavádí dále termín „písemný souhlas pacienta“ (§34).

Definuje povinnosti zdravotnického pracovníka, zejména v bodu 1a) takto: „zdravotnický pracovník je povinen poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost...na náležitě odborné úrovni a řídit se etickými principy“ (§49).



Dalším legislativním opatřením je **Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře**, v platném znění a **Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání**, v platném znění. Oba tyto zákony přesně definují podmínky vzdělání, které je potřebné k výkonu konkrétního zdravotnického lékařského či nelékařského povolání (Platné právní předpisy / Zdravotní péče na [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)).

Další legislativní opatření - zákony a vyhlášky - vymezují různé oblasti e zdravotnictví. Každé ustanovení se věnuje specifické oblasti poskytování zdravotní péče a pro poskytovatele zdravotní péče je závazné. Sem patří například **Vyhláška č. 70/2012 Sb.**, o preventivních prohlídkách, **Vyhláška č. 92/2012 Sb.**, o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, **Vyhláška č. 98/2012 Sb.**, o zdravotnické dokumentaci nebo **Vyhláška č. 99/2012 Sb.**, o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. U této vyhlášky je významné vymezení rozsahu úvazků a přesné stanovení odbornosti jednotlivých pracovníků na konkrétních léčebných provozech. Je vymezena jak ambulantní péče tak také lůžková. Z hlediska sociální práce je zajímavé, že tento právní předpis stanovuje povinnou přítomnost zdravotně sociálního pracovníka nebo sociálního pracovníka pouze v případě zdravotních služeb poskytovaných v dětských domovech pro děti do 3 let věku, na lůžkové psychiatrii, na následné intenzivní péči a u dlouhodobé lůžkové péče. (Platné právní předpisy / Zdravotní péče na [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)).

Způsoby hodnocení a zajištění zákonem daného standardu zdravotní péče stanovuje **Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče** a zejména její příloha č. 1, týkající se standardů a ukazatelů kvality a způsobu jejich tvorby a sledování. Tato vyhláška sleduje v zdravotnickém zařízení především tyto procesy: „a) řízení kvality a bezpečí, b) péči o pacienty, c) řízení lidských zdrojů, d) zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance poskytovatele lůžkové zdravotnické péče.“ (Vyhl. 102/ 2012 Sb., §1). Pro účely této práce je zajímavé zmínit obsah Standardu č. 3.1: personální zabezpečení lůžkové

zdravotnické péče, který v bodě d) říká, že: „standard je splněn, pokud je sledována a vyhodnocována spokojenost zaměstnanců s pracovními podmínkami pro plnění jejich pracovních úkolů a jsou přijímána opatření k odstranění zjištěných nedostatků“ (Příloha č. 1 k Vyhlášce č. 102/2012 Sb.).

Hlubší a detailněji propracované Standardy zpracovala Spojená akreditační komise, s.r.o. Jedná se celkem o 74 standardů, rozčleněných do deseti tematických celků. Plnění těchto Standardů je v současné době pro zdravotnická zařízení dobrovolné a organizace, které je dodržují, se mohou následně ucházet o takzvanou Akreditaci a Certifikát kvality a bezpečí, který Spojená akreditační komise, s.r.o. uděluje. I v tomto „návodu“ jak kvalitně poskytovat zdravotnickou péči, najdeme oddíl věnovaný sledování spokojenosti zaměstnanců (Akreditační standardy pro nemocnice, 2008; Marx, Vlček, 2009).

### *1.3.2 Financování zdravotní péče*

Dle platné legislativy se v České republice zdravotní péče financuje z prostředků zdravotního pojištění, které organizuje stát prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Úkolem pojišťoven v tomto systému, jak říká Kahoun (2009), je výběr pojistného a úhrady zdravotnickým zařízením za péči, kterou pojištěncům poskytly. Každý občan má právo na výběr zdravotní pojišťovny. Pojišťovny uzavírají se zdravotnickými zařízeními smlouvy o zajištění věcného plnění. Při plnění existuje takzvaná platba za výkony a dále platba kapitální. Od roku 2008 jsou ve zdravotnických zařízeních vybírány od pacientů takzvané regulační poplatky. Některé zdravotnické výkony nebo léky mohou být také hrazeny přímou platbou pacienta a to v celé částce nebo v její části. Dalším zdrojem financí pro zdravotnická zařízení se mohou stát částky poskytované z rozpočtu jejich zřizovatele, případně dotace státu a nadnárodních celků nebo též dary sponzorů a granty nadací (Kahoun, 2009).

### *1.3.3 Etika poskytované zdravotní péče*

Od prvopočátku organizované zdravotnické péče se pomáhající osoby řídily nepsanými morálními pravidly, bez nichž by ani nebylo možné toto povolání vykonávat. Tou nejstarší je Hippokratova přísaha, ve které se již starořeční lékaři

zavazovali svým pacientům neškodit a nesledovat primárně své zájmy, ale především pomáhat ve vyléčení druhým. Od osoby, která se rozhodne stát se pomocníkem druhých ve zmírnění jejich utrpení, bolesti a nemoci, očekáváme, že bude osobou vnímavou, citlivou, empatickou a vyznačující se láskou k lidem. Předpokládáme u ní vlídnost a trpělivost, ale také respekt k lidství člověka, kterému pomáhá (Kopřiva, 2006). Jan Poněšický říká: „etika pravé lásky má blízko k etice ve smyslu odpovědnosti k sobě i ostatním, ke světu...“ (str. 75, 2006).

Pro účely této práce je dále sledován soubor etických pravidel, která jsou spojena s nelékařskými zdravotnickými pracovníky a jsou zakotvena do takzvaného *Etického kodexu zdravotnického pracovníka nelékařských oborů* (dále jen Etický kodex). Tento etický kodex vychází z principů lidských práv deklarovaných v Listině základních práv a svobod, zejména z práva na život, ochranu zdraví a rodinu (Zákon č. 2/1993 Sb.).

V Etickém kodexu jsou zdravotničtí pracovníci zavázáni respektovat důstojnost každého pacienta, dodržovat platné mezinárodní Úmluvy o právech pacientů. Těž být zodpovědní za prevenci nemocí a obnovu zdraví podle svých profesionálních schopností a kompetencí. Snaha o jejich rozvoj a celoživotní doplňování by měla být samozřejmostí. Hovoří se zde také o povinnosti zacházet citlivě s informacemi o pacientech a dodržení mlčenlivosti a ochraně intimity pacientů. S ohledem na zaměření této práce je zde dobré také zmínit zásadu, která říká že: „*zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhým*“ (Etický kodex, dostupné z [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz); *Příloha 1*).

Dalším morálním závazkem jsou pro zdravotnické pracovníky Práva pacientů ČR. Nejedná se zde o legislativní vymezení, ale opět o morální apel vycházející především z Listiny základních práv a svobod (Zákon č. 2/1993 Sb.). V souboru Práv pacientů se hovoří o možnostech volby poskytovatele zdravotnických služeb, stejně jako o právu pacienta zdravotnickou péči odmítnout. Zmíněna je povinnost zdravotnických pracovníků informovat pacienta o možnostech a rizicích léčby, zachovávat důvěrnost informací a přispívat ke kontinuitě léčby. Najdeme zde také právo pacienta na: „*ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky*“ (Práva pacientů ČR, dostupná na [www: mpsv.cz](http://www.mpsv.cz); *Příloha 2*).

#### *1.3.4 Odměňování zdravotníků za práci*

Mzdy zdravotnických pracovníků se odvíjí od statutu jejich zdravotnického zařízení – je rozdíl zda se jedná o fyzickou osobu s oprávněním poskytovat zdravotnické služby nebo zda je zdravotník zaměstnancem právnické osoby, případně kdo je zřizovatelem tohoto subjektu. U nelékařských zdravotnických pracovníků poskytujících zdravotnické služby jako fyzická osoba se může jednat například o práci v oboru fyzioterapie, ale též klinická psychologie, ergoterapie nebo ošetrovatelství. Fyzická osoba je v tomto případě podnikatelem se živnostenským oprávněním, osobou samostatně výdělečně činnou.

Ve zdravotnických zařízeních zřizovaných Ministerstvem zdravotnictví, kraji, obcemi a centrálními orgány státní správy se odměňování zaměstnanců řídí platnými předpisy o platu, takzvanými „tabulkovými platy“. Informace o platech a tabulkách souhrnně lze nalézt na informačních stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS). Za rok 2011 podle informací této statistiky, činil například průměrný plat všeobecné sestry a porodní asistentky 28 145 Kč ([www.uzis.cz / platy ve zdravotnictví](http://www.uzis.cz/platy-ve-zdravotnictvi)).

Ocenění zaměstnanců pochopitelně nemusí být pouze ve finanční rovině. Mnoho zaměstnavatelů odměňuje své pracovníky též benefity ve formě stravenek nebo dotované zaměstnanecké stravy nebo poukázkami na kulturní a sportovní aktivity. Odměnou je také nabídka dalšího vzdělávání, které může být zcela bezplatné nebo částečně hrazené zaměstnancem i zaměstnavatelem (Souček, Burian, 2006).

#### **1.4 Zdravotnický pracovník**

Zdravotnickým pracovníkem rozumíme osobu, která je dle platné legislativy České republiky způsobilá k poskytování zdravotních služeb. Pracovníky ve zdravotnictví rozdělujeme na dvě základní kategorie: jsou to lékaři a dále nelékařští zdravotničtí pracovníci, kterým se věnuje tato práce. Způsobilost lékařů k vykonávání jejich povolání vymezuje Zákon č. 95/2004 Sb. a v této práci jsou dále zmíněni jen okrajově.

Způsobilost zdravotnických pracovníků je definována v Zákoně č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Tento zákon vysvětluje následující pojmy: „*zdravotnickým povoláním* se rozumí souhrn činností při poskytování zdravotní péče...., *zdravotnickým pracovníkem* je osoba, která vykonává zdravotnické povolání..., *pacientem* se rozumí osoba, které je poskytována zdravotní péče“ (§ 2).

Největší skupinu všech nelékařských zdravotnických pracovníků tvoří všeobecné zdravotní sestry. Základní funkci sestry vidí současná společnost v napomáhání nemocnému člověku v péči o jeho zdraví a to zejména v situacích, kdy toho není sám schopen. Očekává se, že zdravotník zvládne vysoce odbornou a specializovanou činnost, ale také zároveň moderní technologie; poradí si s fyzickou zátěží své práce a dokáže reagovat citlivě na psychické projevy nemocných; je úspěšný v osobním životě a rodinné starosti neovlivňují jeho práci; je efektivní a pečlivý v administrativě a bez komplikací zvládá třísměnný provoz. Tyto nemalé požadavky zvládá s vyrovnaností, je duševně stabilní, spokojený a vyrovnaný. Z dřívějších dob také ve společnosti převládá názor, že zdravotní péče je vždy a všem dostupná a poskytovaná zdarma. Že vysokým nárokům, které společnost na zdravotnické pracovníky klade, není lehké dostát, ukazují také následující kapitoly (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

#### 1.4.1 Nelékařská zdravotnická povolání

U nelékařských zdravotnických povolání rozlišujeme, zda mohou tyto osoby pracovat samostatně – takzvaně bez odborného dohledu, či zda pracují s odborným dohledem nebo přímým vedením. K poskytování zdravotní péče jsou dle Zákona č. 96/2004 Sb. za daných podmínek (vzdělání, akreditované kurzy, specializační studium, zdravotní způsobilost a bezúhonnost) způsobilí bez odborného dohledu pracovníci těchto profesí: všeobecná sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, radiologický asistent, zdravotní laborant, zdravotně sociální pracovník, optometrista, ortoptista, asistent ochrany a podpory veřejného zdraví, ortotik – protetik, nutriční terapeut, zubní technik, dentální hygienista, zdravotnický záchranář, farmaceutický asistent, biomedicínský technik, biotechnický asistent, radiologický technik, adiktolog,

psycholog ve zdravotnictví, klinický psycholog, klinický logoped, zrakový terapeut, fyzioterapeut, radiologický fyzik, odborný pracovník v laboratorních metodách a v přípravě léčivých přípravků, biomedicínský inženýr a odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví.

S odborným odhledem a přímým vedením pracují ve zdravotnictví osoby těchto profesí: zdravotnický asistent, laboratorní asistent, ortoticko-protetický technik, nutriční asistent, asistent zubního technika, dezinfektor, řidič vozidla zdravotnické záchranné služby, ošetřovatel, masér a nevidomý nebo slabozraký masér, laboratorní pracovník, zubní instrumentářka, řidič dopravy nemocných a raněných, autoptický laborant a sanitář (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Pro účely této práce zde bude hovořeno především o těch oborech zdravotnické práce, u kterých je splněna podmínka nepřetržitého kontaktu s pacienty v lůžkových zařízeních a kterých se týkal následný výzkum této práce. Patří mezi ně: všeobecná zdravotní sestra, zdravotně sociální pracovník/nice, zdravotnický záchranář/ka, zdravotnický asistent/ka, ošetřovatel/ka, sanitář/ka.

#### *1.4.2 Příprava na výkon zdravotnického povolání a celoživotní vzdělávání*

Systém vzdělávání zdravotnických pracovníků je realizován v ČR na úrovni středního, vyššího a vysokého školství. Podmínky a způsoby vzdělání jsou detailněji rozepsány u těchto vybraných oborů:

*Všeobecná zdravotní sestra* – je absolventkou vysokoškolského bakalářského nebo magisterského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester nebo absolventkou oboru diplomovaná zdravotní sestra (popř. specializace) na vyšší odborné škole nebo absolventkou čtyřletého studijního oboru všeobecná sestra (popř. specializace) na střední škole. Poslední zmíněné studium je v Zákoně č. 96/2004 Sb. dále podmíněno počátkem studia nejpozději v roce 2004. V současné době není na školách ve středním typu školství možné tento studijní obor studovat. Při splnění podmínek se jedná o pracovní pozici vykonávající činnost bez odborného dohledu.

Všeobecná zdravotní sestra zabezpečuje komplexní ošetrovatelskou péči o nemocného, podílí se na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, dispenzární a neodkladné péči (§5, Zákon č. 96/2004 Sb.).

*Zdravotně sociální pracovník* – je absolventem vysokoškolského studijního oboru sociálního zaměření, popřípadě studijního oboru sociálního zaměření na vyšší odborné škole. V případě neakreditovaných studijních programů je nutné absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz. Při splnění podmínek se jedná o pracovní pozici vykonávající činnost bez odborného dohledu.

Zdravotně sociální pracovník vykonává činnost preventivní, diagnostickou a rehabilitační ve zdravotně sociální oblasti péče o pacienta a zajišťuje naplnění jeho sociálních potřeb (§10, Zákon č. 96/2004 Sb.).

*Zdravotnický záchranář* – je absolventem vysokoškolského studijního oboru pro přípravu zdravotnických záchranářů nebo absolventem oboru diplomovaný zdravotnický záchranář na vyšší odborné zdravotnické škole, případně oboru zdravotnický záchranář na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium začato do roku 1998. V současné době není možné studovat tento obor na střední škole. Při splnění podmínek se jedná o pracovní pozici vykonávající činnost bez odborného dohledu.

Zdravotnický záchranář vykonává činnost ve specifické oblasti akutního příjmu, neodkladné péče a resuscitace (§ 18, Zákon č. 96/2004 Sb.).

*Zdravotnický asistent* – je absolventem střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický asistent, případně oboru ošetrovatel po absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotnický asistent.

Činnost je vykonávána částečně bez odborného dohledu - činnosti spojené se sebeobsluhou a hygienou pacientů, částečně s odborným dohledem a přímým vedením - ošetrovatelská činnost (§ 29, Zákon č. 96/2004 Sb.).

*Ošetřovatel* – je absolventem akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru ošetřovatel nebo absolventem tříletého studijního oboru ošetřovatel na střední škole. Kvalifikaci pro tuto pracovní pozici má dále absolvent přesně stanoveného počtu semestrů vysokoškolského studia v oboru všeobecné lékařství, ošetřovatelství nebo přesně specifikované části studia na střední škole v oboru všeobecná sestra, zdravotnický záchranář, zdravotnický asistent nebo podobných.

Náplň práce je ošetřovatelská činnost vykonávána pod odborným dohledem a přímým vedením (§36, Zákon č. 96/2004 Sb.).

*Sanitář* – je absolventem akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru sanitář, případně tuto způsobilost mají opět absolventi přesně daného počtu semestrů na vysoké škole v oboru všeobecné lékařství, ošetřovatelství nebo určité části studia na středních zdravotnických školách ve specifikovaných oborech.

Náplň práce jsou pomocné činnosti ve zdravotní péči vykonávané pod odborným dohledem a přímým vedením (§ 42, Zákon č. 96/2004 Sb.).

Všechny uvedené pracovní pozice může vykonávat bez rozdílu žena nebo muž. U vybraných typů zdravotnických pracovníků zajišťuje přímý dohled a odborné vedení kompetentní zdravotnický pracovník vykonávající činnost bez odborného dohledu (§ 4, Zákon č. 96/2004 Sb.). Činnost bez odborného dohledu je potvrzena vydáním osvědčení Ministerstvem zdravotnictví (§ 66, Zákon č. 96/2004 Sb.). Osvědčení se vydává na dobu 10 let a zdravotnický pracovník je po dobu platnosti osvědčení „*Registrovaný*“.

Zdravotničtí pracovníci pracující bez odborného dohledu jsou vedeni v takzvaném Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Tento registr je spravován Národním zdravotnickým informačním systémem (§ 72, Zákon č. 96/2004 Sb.).

Po získání způsobilosti k výkonu daného zdravotnického povolání dále Zákon č. 96/2004 Sb. zavazuje zdravotníky k celoživotnímu vzdělávání k prohloubení a udržení úrovně jejich kvalifikace. Toto může probíhat formou specializačního vzdělávání,



certifikovaných a inovačních kurzů, účastí na školicích akcích a konferencích, formou účasti na e-learningu, vlastní publikační činností zdravotníka nebo samostatným studiem odborné literatury (§53 - 54, Zákon č. 96/2004 Sb.). Plnění povinností celoživotního vzdělávání se prokazuje formou kreditního systému. Dosažené vzdělání se zaznamenává do průkazu odbornosti (§ 54, Zákon č. 96/2004 Sb.).

#### *1.4.3 Vztah k pacientům*

V předchozí kapitole byla popsána vybraná zdravotnická povolání, která spojuje velmi intenzivní kontakt s hospitalizovanými pacienty v lůžkových zařízeních. Kromě zákonem předepsaných podmínek k výkonu těchto povolání, se u těchto pracovníků předpokládají specifické vlastnosti. Jejich etickou stránku popisuje kap. 1.3.4. Jsou však další, také obtížně naučitelné a neměřitelné dovednosti, které se u zdravotnických pracovníků samozřejmě očekávají. Základní dovedností, kterou zdravotník musí ovládat, se stává zejména komunikace. Zdravotnický pracovník díky správně vedené komunikaci s pacienty výrazně napomáhá diagnostickému i léčebnému procesu, např. pro zdravotně sociálního pracovníka je komunikace často nejdůležitějším pracovním nástrojem (Janáčková, 2008; Kerson, McCoyd, 2010). Jak dále říká Janáčková (2008), je častým jevem, že hospitalizovaní pacienti se ve větší míře svěřují sestřám (nebo jiným nelékařským zdravotnickým pracovníkům) než lékařům a každá informace od pacienta tak může velmi zásadně ovlivnit průběh celé léčby.

Komunikace mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem probíhá kontinuálně po celou dobu léčby a to jak verbálně, tak také gesty, pohledem, úsměvem nebo postojem (Venglářová, Mahrová, 2006). Význam neverbálního sdělení je nepopiratelný. Poměrně tvoří verbální složka v mluvené řeči pouhých 7% sdělení, 38% obstarává vokální složka řeči (tedy tón, jakým mluvíme, intonace) a nejvíce, celých 55%, je sděleno neverbálně (Pease, 2001).

Významný zakladatel terapeutické metody Logoterapie, Viktor Frankl, vyzdvihuje důležitost navázání hovoru s nemocným: „je třeba, abychom s nemocným dovedli mluvit, abychom se naučili vstoupit do diskuze“ (Frankl, 2006, str. 27).

Venglářová a Mahrová (2006) rozdělují komunikaci mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem do několika rovin. Je to *sociální* komunikace – běžný hovor, který pomáhá k nastavení dobrého vztahu a uskutečňuje se při činnostech jako je podání stravy nebo úprava lůžka; *specifická* komunikace – tou jsou sdělována důležitá fakta o průběhu léčby a jednotlivých vyšetření, vysvětlována možná rizika v průběhu léčby, doporučen léčebný režim a *terapeutická* komunikace – zejména ve smyslu podpory v těžkých chvílích rozhodování a přijímání závažných informací, při adaptaci na změnu. Všechny složky komunikace zdravotnického pracovníka jsou stejně důležité a náročné nejen na dobré a vhodné vyjadřování, ale též na aktivitu a autentičnost v naslouchání.

Potřeba sdělovat druhému svou vlastní zkušenost je stará jako lidstvo samo. M. P. Nichols (2005) říká, že: „...účastné ucho má v mezilidských vztazích obrovskou moc a je velmi bolestné, pokud nás druhý nevyslechne a neporozumí nám“ (str. 6). Díky posluchači si dokážeme lépe ujasnit své vlastní myšlenky, tím, že je vyslovíme, s nimi přestáváme být sami; ten kdo naslouchá, uspokojuje naši potřebu být brán vážně (Nichols, 2005). Křivohlavý (2002) poukazuje na skutečnost, že pacient od zdravotníka očekává nejen somatická vyšetření a léčbu, ale též i sociální oporu; pacient hledá někoho, kdo by ho přijal, vyslechl, porozuměl mu a případně pomohl.

Při dobře vedeném rozvoru s pacientem by měl být tedy zdravotník vybaven dovednostmi, které můžeme shrnout takto: *aktivně naslouchat* – rozumět dobře kontextu pacientova sdělení, dát dostatek času; *podporovat nemocného k uskutečnění rozhovoru* – vyhledávat vhodnou chvíli, vyjádřit zájem; *poskytnout reflexi* – reagovat a zrcadlit pacientovo sdělení; *vyjádřit porozumění*; *akceptovat a projevit úctu* – nehodnotit rozhodnutí pacienta a *být autentický* (Venglářová, Mahrová, 2006).

Díky dobré komunikaci stanovuje zdravotnický pracovník správnou ošetřovatelskou diagnózu, určující pro výběr ošetřovatelských intervencí, zaměřených na dosažení cílů a výsledků, za které je v léčebném procesu zodpovědný. Tento proces také vyžaduje časté rozhodování a zároveň respektování důstojnosti a lidských potřeb pacienta (Doenges, Moorhouse, 2001). V průběhu hovoru by se tak díky sdělenému

mělo stávat ze soucitu vcítění, díky kterému můžeme lépe pochopit případné reakce pacienta na léčbu, diskomfort, bolest a strach (Prekopová, 2005.)

Nemoc je chápána jako velká krize člověka, v níž je vše jinak než v normálním stavu. Pacient může reagovat na mnoho věcí zkratkovitě, ovlivněn bolestí, strachem a nutností změny. Zdravotník hraje významnou roli při zvládnání všech těchto změn v životě pacienta tím, že sytí jeho potřebu blízkosti druhého člověka, touhu být přijat a vyslechnut (Vymětal, 2009). Matějček (2001) říká, že: „velice záleží na chování zdravotnických pracovníků vůči pacientovi – toto chování může léčebné výsledky umocňovat, ale bohužel také znehodnocovat“ (str. 8).

Důležitost komunikace při léčbě pacienta klade na zdravotnické pracovníky další zátěž. Zdravotník velmi významně ovlivňuje tuto komunikaci nejen tím, co sdělí, ale také jak to pacientovi sdělí, je na místě otázka: jak mohou zdravotníci neustále pozitivně působit na své pacienty a zvládat tuto dovednost jako každodenní celoživotní úkol?

Jak již bylo zmíněno, zdravotník je permanentně vystaven nestandardním situacím. Velmi zatěžující je setkávání se s lidskou bolestí a smrtí, ale také negativními reakcemi, za kterými mohou být deprese, vyčerpání nebo hněv pacienta. Zdravotník je nucen řešit konflikt své role profesionála, a zároveň člověka s vlastními starostmi. Práce na směny mu také způsobuje výrazné změny v životosprávě, ať už je to stravování ve stresu, nedodržování pitného režimu, práce v obtížných polohách a především nedostatek spánku díky nočním směnám (Hoskovcová, 2009).

Kvalita práce zdravotníka má dopad na osudy lidí, o něž pečuje a za jejichž zdraví přebírá více či méně zodpovědnost; negativní působení lékaře na pacienta označujeme jako iatropatogenii, poškozující působení sestry (zdravotního pracovníka) se nazývá sororigenie (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

#### *1.4.4 Stres*

Výrazným faktorem při práci zdravotníka je stres. Ke zvládnání stresu má každý jedinec přirozené dispozice – vždyť správná reakce na stres je to, co nás jako lidstvo

udržuje při životě, umožňuje nám přežití a aktivuje naše obranné mechanismy (Atkinson, 2003).

Negativní působení stresu však spatřuje například Vymětal (2009) v situacích, kdy: „na člověka působí nadměrně silný stresující podnět dlouhou dobu...“ (str. 111). Další autor (Joshi, 2007) také dokládá spojitost trvalého stresu se vznikem mnoha nemocí, které označujeme jako civilizační. Z těchto různých definic můžeme odvodit, že stres je sice normální reakce na ztížené podmínky, ale také, že organismus není schopen zvládat stresu příliš mnoho a po dlouhou dobu. K reakcím na stres tak můžeme kromě vrozeného útěku nebo boje, zařadit též v současné době mnohem častější: „přejídání, konzumaci alkoholu, kouření a užívání návykových látek nebo zvýšený stav bdělosti umocněný úzkostí a strachem“ (str. 19). Z dlouhodobého hlediska a zvláště pokud se u jedince vyskytuje velké množství nepříznivých životních událostí, jsou tyto projevy pro organismus velmi škodlivé (Joshi, 2007).

Schnack a Schnacková (2006) ve své knize Antistresové rituály vyjmenovávají všechny negativní vlivy dlouhodobého nekompenzovaného stresu na člověka v těchto oblastech a na konkrétních orgánech: kardiovaskulární systém, svalstvo, slinivka břišní, žaludek, imunitní systém, mozek, pohybový aparát nebo vznik alergií. Dá se tak říci, že permanentní stresová zátěž, o které u zdravotníků pravděpodobně nikdo nepochybuje, může mít významný vliv na vznik nemocí, pracovní neschopnosti, chorob z povolání, případně nutnosti předčasného odchodu zdravotníka ze zaměstnání.

K popsaným se také mohou připojit obtíže psychického druhu jako je deprese, nespavost, únavový syndrom či tendence k sebevraždám. Ve zdravotnických profesích dochází také k významnému výskytu závislostí na alkoholu nebo psychoaktivních látkách. Akutní stres není svým způsobem tak negativní, jako jeho dlouhé trvání a permanentní prožívání. Taková zátěž vede u pomáhajících pracovníků k negativnímu procesu, nazývanému *Syndromu vyhoření* (Hoskovcová, 2009)

Každá reakce zdravotníka na konkrétní stresovou situaci je determinována únavou a stresem, stejně jako dilematy, která musí neustále řešit. Odvíjí se také od jeho osobnostních charakteristik a motivace k pomáhající profesi jako takové. Takto můžeme každého zdravotníka, tak jako každého jiného člověka brát jako svébytný a jedinečný

„koktejl“ schopností, dovedností, vloh a unikátních charakteristik – některých dobrých, jiných již trochu méně (Kuneš, 2009).

#### *1.4.5 Motivace k práci ve zdravotnictví*

Rozhodnutí člověka stát se zdravotníkem a tedy pomáhající osobou, ovlivňují různé motivace, některé kladné, jiné poněkud méně. Nelze však být zcela harmonickým. Jak říká Novák: „už přesvědčení, že by se nám podařilo být zcela harmonickým, zavání disharmonií“ (Novák, str. 11, 2004).

Mezi pozitivní motivaci může patřit například dobrý *pocit ze smysluplné práce* a poměrně vysoká *společenská prestiž*, kterou zdravotníci pociťují. *Seberealizace* a *pocit prospěšnosti lidem* bývají při výběru zdravotnického povolání dalším silným motivem (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Mezi negativní motivace, které se u pomáhajících profesí – zdravotnických pracovníků mohou projevit je například takzvaný *syndrom pomocníka*. Tkví v přesvědčení, že zdravotník je silný a dává, zatímco pacient je slabý a odkázaný na pomoc. Tato asymetričnost se může po určitém čase stát pro zdravotníka jakousi drogou. Za přehnanou angažovaností a pracovním nasazením se může také skrývat *pocit vnitřní prázdnoty*, jak popisuje Schmidbauer (2008).

### **1.5 Syndrom vyhoření**

Tímto termínem se nazývá stav vyčerpání, vyprahlosti v profesionální, ale i osobní rovině na základě vyčerpání dlouhodobě psychicky náročnou prací. Únavu způsobují zejména vysoké požadavky na emotivní stabilitu a vyrovnání se s obtížnými situacemi. Vyznačuje se ztrátou chuti nejen k práci, ale též poklesem chuti k bývalým koníčkům, zájmům, ztrátou kapacity pro lidské kontakty, ztrátou potěšení, ideálů, energie a smyslu (Venglářová, 2011).

Mnoho zdravotníků (a dalších pomáhajících pracovníků) se také domnívá, že nelze žádným způsobem dát najevo svou slabost a bezmocnost – tuto představu *nemožnosti sdílení emocí* v sobě profesionál uzavírá a emoce dovoluje pouze slabým, nikoli sobě (Schmidbauer, 2008). Syndrom vyhoření se týká ve zvýšené míře původně velmi angažovaných pracovníků s vysokou motivací, velkými ideály a chutí do práce. Jak říká například Bartošíková (2006): „vyhořet může pouze ten, kdo před tím hořel“ (str. 25).

### 1.5.1 Projevy syndromu vyhoření

Bartošíková (2006) popisuje syndrom vyhoření ve čtyřech rovinách:

*Emocionální vyčerpání* – pocit citové vyprahlosti; člověk už nechce slyšet další trápení, nemá chuť se vžívat do pocitů druhých lidí; začíná se emočně distancovat od svých pacientů; má potřebu se kontaktu s lidmi spíše vyhýbat; reaguje podrážděně, nepřátelsky, přestává být empatický; dochází k pocitu vyčerpání všech emocionálních zdrojů, člověk se stává cynickým; postupně se tyto pocity přenáší z prostředí pracovního i do osobní roviny, do rodiny a vztahů s blízkými osobami

*Psychické vyčerpání* – člověk začíná práci vnímat jen jako nakupení nároků, nutností a nepříjemných úkolů; „vidí“ věci negativisticky, obává se hrozících katastrof; obtížně se soustřeďuje; nové úkoly chápe jako své ohrožení; objevují se poruchy paměti; mizí tvořivost, spontaneita; činnost redukuje na nutnost, rutinu; ve velké míře se vytrácí smysl jeho práce a ideálů; získává pocit, že není užitečný a nemá co nabídnout; dochází k depersonalizaci – negativnímu postoji k pacientům, sobě i životu obecně; později může dojít až ke ztrátě smyslu života a myšlenkám na sebevraždu; tyto pocity se přenáší z pracovního do osobního života a do rodiny

*Tělesné vyčerpání* – se projevuje zejména chronickou únavou, pocity slabosti a vyčerpání, které neodchází ani po odpočinku a spánku; spánek bývá nekvalitní – ať se jeho poruchy projevují nespavostí nebo naopak nadměrnou potřebou spánku; vyskytuje se vyšší nemocnost a drobné úrazy; vyčerpání je spojeno i s poruchami příjmu potravy a změnami tělesné hmotnosti – může jít o úbytek, ale i přírůstek váhy na základě

patologického přejídání; zvyšuje se též riziko nadužívání návykových látek a psychofarmak

*Vyčerpání v sociální rovině* – se projevuje nejprve omezováním sociálních kontaktů, zpočátku v zaměstnání, poté i v osobním životě; v důsledku podrážděnosti mohou narůstat konflikty; odmítání až přerušování dosavadních kontaktů; vyhořelý člověk nemá zájem pracovat na udržení sociálních kontaktů a nezajímá ho názor a hodnocení druhých (Bartošíková, 2006)

Za příčinou vzniku syndromu vyhoření vidí mnozí autoři nerovnováhu mezi profesním očekáváním a profesní realitou, nepoměr mezi energetickým výdejem, který se od zdravotníka očekává a příjmem, který mu práce ve zdravotnictví přináší (Haškovcová, 2007; Honzák, 2008; Bartošíková, 2006).

#### *1.5.2 Fáze syndromu vyhoření*

Syndrom vyhoření ovšem nepřichází náhle, jeho nástup je pozvolný a v literatuře najdeme mnoho rozdělení do různě nazvaných fází, které například Haškovcová (2007) popisuje takto:

*Fáze nadšení* – projevuje se vysokou mírou angažovanosti, nadšením, velkým pracovním nasazením a výkonem, vysokými ideály; Bartošíková (2006) k této fázi doplňuje, že na čas se pro pracovníka může práce stát nejdůležitější aktivitou, dochází k vysokému uspokojení z práce

*Fáze stagnace* – dochází k redukování ideálů; pracovník zjišťuje, že není možné všechny naplnit; pracovní požadavky začínají být brány jako nadměrné, přetěžující; práce již není jediným smyslem života; přichází realistické vidění energetické a časové náročnosti práce; pracovník zvažuje smysl angažovanosti a porovnává jej s přínosem pro svou osobu

*Fáze frustrace* – pacienti, kolegové, nové úkoly – vše začíná být pro pracovníka obtěžujícím; chová se nepřátelsky, je nevlídný, vlastní pracovní činnost je pro něj zklamáním; vyjadřuje se kriticky k systému práce, smyslu, přístupu ostatních; často

hovoří o potřebě změny; roste nespokojenost s vlastním přínosem (finance, ocenění, výsledky práce); přichází též pochybnosti o volbě povolání

*Fáze apatie* – práce je zredukována na plnění nejnutnějších rutinních úkolů; ztráta smyslu, pocit odcizení, cynismus; vyhýbání novým úkolům a přímým kontaktům s pacienty a kolegy; vyšší nemocnost; negativní působení na nové „zapálené“ kolegy; nechut' ke změně

### *1.5.3 Prevence*

Jak již bylo řečeno, tendence k syndromu vyhoření je patrná především u osob vysoce angažovaných, zaměřených více na ostatní, než na sebe. U těchto osob je patrná nevyrovnanost vysoké míry péče o klienty/pacienty a nedostatek nebo alespoň nepoměrně méně péče o sebe (Hawkins, Shohet, 2004).

Hlavní úlohu v prevenci syndromu vyhoření hraje informovanost pracovníků o projevech, příčinách a důsledcích tohoto stavu. Začleněním informací o této problematice do výuky v pomáhajících profesích společně s nácvikem vyhodnocování projevů syndromu vyhoření je možné mu předejít, nacvičit mechanismus obrany proti němu. Za preventivní opatření se považuje nastavení bezpečného a zdravého prostředí v organizaci, kde pracovníci pomáhajících profesí pracují. K tomu patří důsledná analýza stresových faktorů na pracovišti, podpora informovanosti a odborných kontaktů, podpora sportovních a společenských aktivit, zajištění finančního ale i morálního ohodnocení, nastavení efektivní komunikace a podpora týmové práce (Plevová, 2012).

Další opatření, chránící zaměstnance před syndromem vyhoření, popisují Kebza a Šolcová (2003) jako zavedení profesních programů zaměřených na osobní rozvoj a pracovní poradenství, výcvik v týmové práci, zvyšování podílu pracovníků na řízení a rozhodování v organizaci, vytvoření citlivého prostředí (zejména pro pracovníky, kteří jsou rodiči malých dětí) a určitý kariérní řád v organizaci.

Obrana proti stresu a jeho chronickému působení závisí ve velké míře také na konkrétním pracovníkovi a v literatuře je uváděno velké množství dobrých rad a



doporučení, z nichž některá jsou součástí práce jako Příloha č. 3. Jsou často označována také za pravidla duševní hygieny (Haškovcová, 2007). Jedná se o systém propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení a prohloubení duševního zdraví. Důležité je také si uvědomit provázanost mezi duševními a tělesnými projevy stresu neboli psychosomatikou (Vymětal, 2009). Křivohlavý a Pečenková (2004) radí trvale pečovat o rovnováhu mezi stresory a salutory (skutečnostmi, které mají uzdravující, pozitivní vliv) a především dbát na to, abychom sami sobě dodávali dostatek oněch salutorů.

Na závěr této kapitoly použiji citát psychologa Erica Berneho, který říká: „Člověk potřebuje několik pohlazení denně, jinak mu vysychá mícha. Pohlazením rozumíme nejen fyzický kontakt, ale také přijetí a ocenění sebe i druhých“ (in Kopřiva, 2006).

## **1.6 Supervize**

Jedním z účinných nástrojů podpory zaměstnanců, prevence syndromu vyhoření, přípravy a prohlubování kompetencí a zároveň kontrolou nad činností na pracovišti může být supervize (Beder, 2013).

Podle Matouška je „supervize celoživotní forma učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí“ (Matoušek, 2003, s. 349).

Jak říká Bartošíková (2006), jedním ze základních předpokladů úspěchu organizace, je zdravá organizační kultura a atmosféra, kterou je třeba podporovat a pěstovat. V myšlení manažerů a filozofii vedení zdravotnického zařízení je klíčové pochopení, že spokojení zdravotničtí pracovníci jsou důležitější než špičkové vybavení. Kvalitní ošetrovatelský personál je podstatným aktivem každého oddělení a proto je nutno tento vklad zhodnocovat, budovat a rozvíjet, nikoli omezovat. Zavedení supervize

jako nástroje podpory a rozvoje pracovníků je cestou ke zkvalitňování práce ve zdravotnictví. Carrol a Tholstrupová (2004) označují supervizi za „luxusní nutnost“ (str. 21).

Supervize je metoda práce cíleně zaměřená na podporu a rozvoj kvality práce a profesionality – pracovníka a celého týmu (Hanáková, 2006). Slovo supervize pochází z latiny a znamená ve volném překladu „*pohled z výšky*“. V kontextu pomáhajících profesí ho překládáme jako nadhled nebo dohled zjišťující kvalitu práce. Supervize jako technika uvedení do praxe se nejdéle používá v psychoterapii, svou roli však hraje i v jiných oborech lidské činnosti, např. v ekonomice nebo v řízení lidských zdrojů (Michková, 2008).

V oblasti pomáhajících profesí se supervize v současné době značně rozšířila v oblasti sociální práce a to především jejím začleněním do Standardů kvality poskytovaných služeb, kde se o ní hovoří ve *Standardu kvality sociálních služeb č. 10 – Profesionální rozvoj zaměstnanců, takto: „Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka“* (Vyhláška č. 505/2006 Sb., Příloha č. 2).

Supervize je přítomnost nezávislého odborníka a jeho dohled nad pracovními situacemi v konkrétní supervidované oblasti. Cílem supervize obecně je zvyšování profesionální kompetence v pracovních vztazích, zvyšování kvality práce a předcházení chybám. Michková (2008) uvádí jako cíle supervize: ověření správnosti zvoleného pracovního postupu, přinášení a rozšiřování možností při práci s konkrétním případem, korekci neefektivních postupů, prevenci poškození klienta/pacienta pracovníkem, učení se a sbírání zkušeností, vyjasnění poslání pracoviště, prevence syndromu vyhoření, účinné zvládání pocitů viny, bezmoci a přepracování, efektivní nakládání s vlastními zdroji a pomoc při stanovení priorit.

Broža (2009) říká: „Supervize umožňuje získat vhled a schopnost vcítění pomáhajících pracovníků, tak aby se mohli stát svobodnějšími ve sféře vlastního

vnímání, myšlení a jednání“ (str. 14). Supervize však není ani poradenstvím, ani terapií nebo koučováním, i když s těmito technikami může úzce souviset (Michková, 2008).

Supervizor (také supervizit) je profesionál, který poskytuje supervizi. Můžeme rozlišovat interního supervizora, který je zaměstnancem organizace, v níž je supervize realizována, nebo externího, který přichází „zvenčí“, což mu umožňuje nezaujatý pohled na věc (Bartošíková, 2006).

Supervidovaný (také supervizant) je osoba, která supervizi přijímá (Michková, 2008).

### *1.6.1 Funkce a dělení supervize*

Supervize má tyto tři základní funkce: podpůrnou, vzdělávací a řídicí.

*Podpůrná* funkce pomáhá supervidovaným lépe zvládat profesní nároky; využívá sdílení problému jako podporu mezi pracovníky; pomáhá mezi účastníky předat novou odvahu a naději; lépe chápat svou roli v týmu; nabízí možnost bezpečné ventilace emocí; vytváří bezpečný prostor a pomáhá porozumět situaci.

*Vzdělávací* funkce rozvíjí dovednosti pracovníka zejména ve schopnosti reflexe a sebereflexe, hledání dalších způsobů práce; pomáhá získat nový pohled na danou problematiku; učit se konstruktivnímu řešení konfliktů, vyjádření vlastních potřeb a zlepšování komunikace.

*Řídicí* funkce slouží k usměrňování výkonu a pochopení nových požadavků (vyhlášky, standardy, náplně práce apod.); k zajištění kvality a efektivity práce, hodnocení pracovníků a odhalování problémů.

Supervizi můžeme dělit na přímou a nepřímou: při přímé je supervizor přítomen konkrétní pracovní situaci (např. rozhovoru s klientem), při nepřímé popisují supervizorovi pracovní situace supervidovaní, případně může být využito video nebo audiozáznam (Michková, 2008).

Dále rozlišujeme supervizi individuální, skupinovou a týmovou.

Při *individuální supervizi* se spolu setkávají pouze supervizor a jeden supervidovaný, nikdo jiný není supervizi přítomen. Veškerá pozornost je věnována supervidovanému, je možnost otevřít problémy, které by při konfrontaci se skupinou mohly zůstat skryté

(stud apod.). Supervidovanému přináší dostatečný prostor k formulaci vlastních témat, přemýšlení a hledání konkrétních řešení (Hawkins, Shohet, 2004).

*Skupinovou supervizi* se rozumí setkání několika pracovníků (obvykle 3 – 7) se supervizorem, využívá se skupinové dynamiky – členové se mohou vzájemně podporovat, poskytnout si zpětnou vazbu, podělit se o úzkosti a nejistoty. Je využíván komentář supervizora jako nezaujatého pozorovatele. Je možné též využít různé techniky, jako nácvik modelových situací nebo výměnu rolí (Matoušek, 2003). Výhodou supervize skupinové je také ekonomické využití času, podpora celé skupiny a poměrně nižší finanční náklady. Při skupinové supervizi je však klíčová *důvěra* účastníků. Atmosféra může být podporující, ale také odsuzující nebo soupeřivá. Na jednotlivá témata také nemusí být dostatek času (Hawkins, Shohet, 2004).

*Týmová supervize* je zaměřena na činnost týmu jako celku, nikoli na problémy jednotlivce ve skupině, čímž se od supervize skupinové. Zabývá se komunikací v týmu, společným vnímáním cíle a posláním pracoviště, rozdělením práce a odpovědností (Michková, 2008).

*Manažerská supervize* – supervizor je nadřízeným pracovníkem týmu, skupiny nebo jednotlivce; jedná se o jeden z možných nástrojů k řízení organizace a vedení podřízených.

*Peer – supervize* (také intervize) – je vzájemným poskytnutím supervize mezi kolegy za účelem podpory; může být čistě spontánní v případě krizové situace nebo jít o naplánovanou preventivní podporu mezi pracovníky.

### 1.6.2 Osobnost supervizora

Supervizor by měl mít autoritu a být důvěryhodný, jak říká Bartošíková (2006). Očekává se od něj, že bude zkušeným odborníkem, ovšem nikoli nutně ve všech konkrétních pracovních postupech organizace, ale především v psychoterapii, komunikaci a práci s lidmi. O daném oboru by však měl mít přinejmenším dobrý přehled (Bond, Holland, 2010).

Úkolem supervizora během supervizního setkání je být facilitátorem – usnadňovat komunikaci mezi přítomnými a udržovat rovnováhu v zapojení účastníků. Moderuje setkání tím, že vede rozhovor k cíli, nastoluje případná témata, předává slovo. Je také

organizátorem času, hlídá průběh a ukončení setkání. Měl by pečovat o sycení potřeb účastníků, vytvářet pocit bezpečí, vyváženě oceňovat a podporovat supervidované, zvládat rivalitu a soutěživost, být nestranně pozorovat a nepodsouvat účastníkům svá vlastní řešení (Matoušek, 2004). Supervizor by měl vytvářet a podporovat prostředí, ve kterém budou supervidovaní hledat svojí cestu, nacházet vlastní řešení a objevovat vlastní odpovědi. Přes touhu po instantním řešení, které mnohdy supervidovaní po supervizorovi požadují, by měl supervizor především provázet supervidované a uschopňovat je ve vlastním nastavení pravidel. Supervizor na rozdíl od poradce nesděluje svůj vlastní postup (Carrol, Tholstrupová, 2004).

Supervizor by měl být na svou činnost profesionálně připraven speciálním výcvikem. V České republice se vzděláváním supervizorů zabývá Český institut pro supervizi (více viz Výcvik v supervizi na [www.supervize.eu](http://www.supervize.eu)) a katedra Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy (viz [www.krszs.cz](http://www.krszs.cz)).

Také supervizoři se ve své práci řídí etickými zásadami, které jsou stejně jako u mnoha jiných profesí formulované do Etického kodexu. Hlavními zásadami supervizora by dle kodexu mělo vždy být: *chránit zájmy supervidovaných a zachovávat jejich důstojnost a mlčenlivost o jimi přednesených „případech“*. Celé znění Etického kodexu Evropské asociace supervizorů lze najít například na [www.mujsupervizor.cz](http://www.mujsupervizor.cz)

Významným posunem v zavádění supervize do zdravotnictví je skutečnost, že se Česká asociace sester (ČAS) rozhodla zařadit supervizi do takzvaného dalšího vzdělávání sester a umožní za ně udělovat kreditní body (více viz [www.supervize.eu](http://www.supervize.eu)).

### *1.6.3 Zavádění supervize a supervizní kontrakt*

Zavedení supervize do organizace má své určité podmínky a specifika. Dalo by se říci, že v psychoterapii a sociální oblasti se již supervize stala nedílnou součástí kvalitní činnosti a formou podpory a rozvoje zaměstnanců. Ve zdravotnictví je zatím tento nástroj málo využívaný, ale i zde má svou historii a to především v tzv. Bálintovských skupinách, o kterých je podrobně hovořeno v kapitole 1.6.4 (Bartošíková, 2006).

Stejně jako mnoho inovativních postupů a změn v systémech péče o zaměstnance, je i pro zavedení supervize klíčová podpora managementu organizace. Jak říká Marková (2008), je úkolem managementu, aby umožnil zaměstnancům čerpat výhody, které supervize přináší.

Nejprve je třeba v organizaci vyhodnotit oblasti, oddělení a činnosti, kterých by se případná supervize měla týkat: ve zdravotnictví jsou to zejména oddělení a pracovníci, kteří jsou více než jiní vystaveni lidskému utrpení, bolesti a krizi. Těmi mohou být například oddělení akutního příjmu, resuscitační a neodkladné péče, následné péče o dlouhodobě nemocné nebo geriatrické, psychiatrická oddělení, onkologie, neonatologie nebo dětské jednotky intenzivní péče. Je nutné zajistit dostatečnou informovanost o supervizi pro zaměstnance, kteří se s ní dosud neseťkali. Je potřeba také zmapovat možné projevy syndromu vyhoření, vycházet z hodnocení zaměstnanců a určit rizikové faktory při práci.

Další částí přípravy je výběr vyhovujícího supervizora a příprava *supervizního kontraktu* (Hawkins, Shohet, 2004). Supervizní kontrakt je smlouva vymezující podmínky realizace supervize. Jedná se o dvoustranný (organizace, jedinec - supervizor) nebo třístranný (organizace - supervizor - supervidovaní) písemný dokument, vymezující podmínky provádění konkrétní supervize. Supervizní kontrakt obsahuje, jak uvádí Michková (2008):

- Identifikaci smluvních stran – kdo je supervizorem a kdo zadává supervizi, případně další strana
- Charakteristiku supervize – účel a cíl supervize (př. zlepšení komunikace, podpora týmové práce), konkrétní témata, kterými se bude zabývat (př. práce s klientem, nové postupy)
- Popis druhu supervize – individuální, skupinová, týmová, případně další typy
- Účastníci supervize – kdo se účastní, kdo bude přítomen

- Frekvence, délka – kdy se bude supervize konat, jak dlouhé bude každé setkání, jak často (pravidelná frekvence, podle potřeby), kolik celkově bude supervizích setkání během jakého časového období
- Místo konání supervize - kdo zajišťuje přípravu místnosti a oznamuje její konání účastníkům
- Cena – jaká bude cena za jedno supervizní setkání, kdo bude platit (organizace, supervidovaní)
- Práva a povinnosti účastníků – zachování mlčenlivosti, účast, pravidla omlouvání, náhrada, zrušení nebo ukončení supervize
- Dokumentace supervize – zápis: kdo zapisuje, co zápis obsahuje, komu je určen, jak často
- Systém vyhodnocení plnění cíle – kdo hodnotí, jak často, podmínky změny supervize

V rámci zavádění supervize je klíčovým, jak říká Kilminster a Jolly (2000) a v mnoha ohledech důležitějším než uplatňované supervizní metody – *navázání dobrého vztahu mezi supervizorem a supervidovaným*; obě strany si zkrátka musí „sednout“.

#### 1.6.4 Balintovské skupiny

Michael Balint (1896 – 1970) byl maďarský lékař a psychoanalytik, který velkou část života působil ve Velké Británii. Své poznatky z psychoterapie aplikoval do systému přípravy a vedení praktických lékařů, tak aby jejich pozornost obrátil z původně výhradně sledované diagnózy na osobu pacienta. Jeho slavný výrok: „Lékař sám je lék. Měl by se umět dávkovat tak, aby nemocnému pomohl a sobě neublížil“ (Balint, 1999) je svědectvím o potřebě dobře navázaného a vyváženého vztahu mezi lékařem (zdravotníkem) a jeho pacientem (Pačesová, 2004). Jak říká Kopřiva (2006) mnohý lékař ví, že: „stav pacientovi duše je pro uzdravení důležitější než podávané léky (str. 137).“

Doktor Balint vytvořil podpůrné supervizní skupiny, které pomáhaly lékařům lépe se zorientovat ve vztazích k pacientům i ve svých pocitech, naučit se přístupu k pacientům z jiného úhlu, najít optimální způsob práce, sdílet zkušenosti a necítit se osamělí ve své práci (Michková, 2008).

Metoda supervize formou tak zvaných „*Balintovských skupin*“ se velmi úspěšně aplikuje také v ostatních pomáhajících profesích, zejména právě u nelékařských zdravotnických pracovníků, ale také u pedagogů nebo sociálních pracovníků (Kopřiva, 2006). Tato metoda je charakteristická svým zaměřením na problém – případ, se kterým přichází některý ze supervidovaných. Jedná se o konkrétní případ, u kterého nebyl pracovník spokojen se svým prožitkem nebo řešením a výsledkem a potřebuje si celou záležitost ujasnit (Kopřiva, 2006).

Tato skupinová metoda práce má 5 fází:

1. fáze - *expozice* (přednesení) případu – skupina z několika předložených témat hlasováním vybere, kterým se bude zabývat („burza nápadů“); zvolené téma přednese protagonista (ten, kdo s tématem přišel) ostatním; zaměřuje se na své pocity, vztah s klientem/pacientem, možný vývoj i obavy z tohoto vztahu; ostatní mlčí a poslouchají
2. fáze – *otázky* – účastníci skupiny kladou protagonistovi dotazy k dovysvětlení všeho, co bylo předneseno v 1. fázi a nebylo zcela srozumitelné
3. fáze – *fantazie* – v této fázi mlčí protagonista a ostatní mají prostor k vyjádření – sdělují protagonistovi a ostatním své myšlenky k případu, vyjadřují se k pocitům jednotlivých postav příběhu, popisují své dojmy, mínění – odráží se v nich jejich osobitý přístup, zkušenost, zvyky i předsudky, zapojuje se fantazie a intuice
4. fáze – *doporučení* – posluchači předneseného příběhu sdělují protagonistovi svá osobní možná řešení celého případu: neříkají „udělej to takto“, ale spíše „já bych v takovéto situaci dělal, cítil...“, „...připomíná mi to situaci, když...“; protagonista celou dobu mlčí



5. fáze – *rekapitulace*, reflexe, závěr – zde mluví opět protagonista, sděluje postřehy o tom, co ho zaujalo a oslovilo, s čím nesouhlasí, co mu naopak připadalo užitečné, jaké rady by využil

Protagonista se nemusí řídit radami, které mu jeho kolegové doporučili; může je využít nebo ne, může se k nim vrátit později. Celý systém, rozebrání případu, pojmenovávání pocitů, sdílení možných řešení a předávání zkušeností je užitečným pro celou skupinu. Je supervizí vztahu, vnímaných nedorozumění nebo zbytečně vynakládaného úsilí a velmi výrazně podporuje schopnost reflexe i sebereflexe (Haškovcová, 2007). Význam Balintovských skupin ve zdravotnictví vyzdvihuje stejná autorka jako pomoc při porozumění pocitům ve vztahu k nemocnému a cestu s osobnostnímu zrání (Haškovcová, 2000).

## **2. CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

*Hlavním cílem* této práce je identifikovat bariéry zavádění supervize do zdravotnického zařízení a specifikovat, jaké má realizovaná supervize ve zdravotnickém zařízení požadavky a podmínky.

*Prvním dílčím cílem* je zjistit, jak je supervize chápána vedením zdravotnického zařízení, zda jsou v daném zařízení podmínky a podpora vedení pro zavedení supervize pro určité skupiny zdravotnických pracovníků.

*Druhým dílčím cílem* je zmapovat potřeby vybraných zdravotnických profesí v závislosti na míře psychické zátěže spojené s konkrétní profesí a oddělením nemocnice.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké jsou bariéry zavádění supervize do zdravotnických zařízení?
2. Jaké specifické podmínky musí splňovat supervize ve zdravotnickém zařízení?
3. Podporuje vedení zdravotnického zařízení zavedení supervize jako nástroj podpory zaměstnanců a zvýšení kvality poskytovaných služeb?
4. Jaké jsou konkrétní potřeby podpory u vybraných zdravotnických profesí?
5. Jsou v dané organizaci podmínky příznivé pro zavedení supervize u nelékařských zdravotnických pracovníků?

### 3. METODIKA

Jedná se o kvalitativní výzkum s několika částmi. Kvalitativní výzkum, jak definuje Švaříček a Šedřová (2007) zkoumá daný problém do hloubky s cílem získat autentický a komplexní obraz zkoumaného problému v jeho přirozeném prostředí a kontextu a přirovnává tento druh výzkumu též k práci detektiva, která skládá jednotlivé poznatky do výsledného obrazu. Tento výzkum byl rozčleněn do 3 fází, které využívaly různé metodiky sběru dat, aby bylo docíleno komplexního obrazu o dané problematice.

#### 3.1 *Použité metody výzkumu*

##### 3.1.1 *První část*

V první části výzkumu byla k poznání a popisu zkoumaného prostředí nejprve použita kombinace metod obsahové analýzy dokumentů a hloubkového polostrukturovaného individuálního rozhovoru. Kombinace různých metod, jak říká Hendl (2005) zaručuje větší důvěryhodnost získaných výsledků.

Technika analýzy dokumentů znamená hloubkový rozbor tištěných i elektronických údajů, v tomto případě zejména webových stránek, legislativních opatření a vnitřních dokumentů zdravotnického zařízení s cílem získat ke zkoumanému tématu co největší možné množství souvisejících informací. Bylo použito tzv. deskriptivního přístupu, vhodného, jak popisuje Miovský (2006) pro vytváření teorií.

K doplnění dalších důležitých dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor s členkou managementu zdravotnického zařízení. Tato technika umožňuje tazateli vést některé části rozhovoru podle dané osnovy, v jiných částech naopak využít možnost doplňujících otázek pro lepší porozumění zkoumanému tématu (Ferjenčík, 2000). Struktura rozhovoru je připojena v *Příloze č. 4*.

Výsledky obou těchto technik sběru dat byly shrnuty v takzvané SWOT analýze. Tato analýza popisuje ve čtyřech kvadrantech maximum faktorů, které ovlivňují zkoumanou problematiku v daném prostředí: slabé a silné stránky, příležitosti a hrozby

(Kozel, Mlynářová, Svobodová, 2011). Zde šlo o analýzu faktorů vedoucích nebo bránících zavedení supervize ve zdravotnickém zařízení.

Obsahové analýzy a rozhovor probíhaly v období září 2012 až březen 2013.

### *3.1.2 Druhá část*

Pro 2. část výzkumu s cílem zjistit podmínky supervize v Oblastní nemocnici Příbram, a.s., byla opět zvolena metoda dotazování, technika polořízeného hloubkového individuálního rozhovoru, popsaná v předchozí části. Respondenti byli vybráni strategií záměrného účelového výběru podle kritéria odpovídajícího tématu tohoto výzkumu. Jak říká Miovský (2006): „cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností“ (s. 135).

V první polovině dubna 2013 byly uskutečněny celkem 4 rozhovory s vytipovanými respondenty. Rozhovor, po předchozí telefonické nebo e-mailové domluvě, probíhal ve všech případech v kanceláři respondenta, trval vždy zhruba 30 minut a byl autorkou zaznamenáván na diktafon s následným doslovným přepisem. Všichni dotazovaní poskytli souhlas se záznamem tohoto rozhovoru. Přepis rozhovorů je uložen v archivu autorky. Vzor osnovy rozhovoru s respondenty je přiložen v *Příloze č. 5*.

Pro analýzu byla použita zakotvená teorie podle Strausse a Glasera. Bylo prováděno kódování, vytvářením tzv. trsů, jak popisuje Miovský (2006). Jednotlivé tématické, navzájem se překrývající výroky, vztahující se k danému tématu, byly v textu vyznačeny barevně a následně použity ve výsledcích. Každý výrok byl též doplněn přehlednou tabulkou, shrnující důležitá fakta.

### *3.1.3 Třetí část*

Ve třetí části výzkumu byla využita metoda anonymního dotazníkového šetření. Tato metoda, převážně využívaná v kvantitativním typu výzkumu, zde sloužila jako doplněk k informacím zjištěným v 1. a 2. fázi výzkumu. Dotazník se skládal ze dvou částí. První část byla sestavena autorkou výzkumu - otázky identifikační, otázky zjišťující informace o supervizi a syndromu vyhoření formou uzavřených a polouzavřených otázek. Druhou polovinu tvořil dotazník s názvem *Inventář syndromu*

vyhoření, převzatý z knihy Claudia Henninga a Gustava Kellera „Antistresový program pro učitele“ (Henning, Keller, 1996), ve kterých respondenti označovali své odpovědi ve škále. Vzor dotazníku je připojen v Příloze č. 6.

Celkem bylo rozdáno 90 dotazníků, z čehož se zpět vrátilo 64, použitelných bylo 63. Šetření proběhlo v Oblastní nemocnici Příbram, a.s. v dubnu 2013 po schválení Etickou komisí tohoto zařízení. Vyhodnocené dotazníky jsou uloženy v archivu autorky.

Výsledky šetření byly zpracovány metodikou C. Henninga a G. Kellera s rozdělením odpovědí do 4 rovin – rozumová, emocionální, tělesná a sociální. U každé roviny byla sečtením bodů jednotlivých odpovědí stanovena míra zátěže. Viz příložená tabulka č. 1:

*Tabulka č. 1: Vyhodnocení inventáře Syndromu vyhoření*

<p><b>Rozumová rovina:</b></p> <p>položky č. 1..... + č. 5..... + č. 9..... + č. 13..... + č. 17..... + č. 21..... = ..... bodů</p> <p><b>Emocionální rovina:</b></p> <p>položky č. 2..... + č. 6..... + č. 10..... + č. 14..... + č. 18..... + č. 22..... = ..... bodů</p> <p><b>Tělesná rovina:</b></p> <p>položky č. 3..... + č. 7..... + č. 11..... + č. 15..... + č. 19..... + č.23..... = ..... bodů</p> <p><b>Sociální rovina:</b></p> <p>položky č. 4..... + č. 8..... + č. 12..... + č. 16..... + č. 20..... + č. 24..... = ..... bodů</p>
---

Zdroj: Henning, Keller, 2006

## **3.2 Charakter zkoumaného souboru**

### *3.2.1 První část*

V první části výzkumu tvořily soubor zkoumaných dat a dokumentů zejména webové stránky zdravotnického zařízení a legislativa vztahující se k fungování zdravotnického zařízení a osobám pracujícím ve zdravotnictví. Dále metodické pokyny pro zavádění tzv. Standardů kvality ošetrovatelské péče a vnitřní dokumenty zkoumaného zdravotnického zařízení.

Další informace byly zjištěny při rozhovoru s členkou vrcholného managementu zdravotnického zařízení, kterou byla náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (používá se též termín hlavní sestra). Ze své pracovní pozice řídí personální politiku v oblasti nelékařských zdravotnických pracovníků a vede vstupní pohovory se všemi uchazeči v oblasti nelékařských zdravotnických pracovníků, tvoří metodické pokyny, zpracovává plán péče o potřeby zaměstnanců a formuluje oblasti potřebné podpory zaměstnanců.

### *3.2.2 Druhá část*

V druhé části výzkumu tvořily zkoumaný vzorek čtyři vrchní sestry lůžkových a ambulantních oddělení zdravotnického zařízení. Tyto sestry, jako součást středního managementu zdravotnického zařízení, koordinují veškerou ošetrovatelskou péči na jednotlivých odděleních, plánují činnosti jednotlivých pracovníků, jsou zodpovědné za dodržování přesných pracovních postupů, formulují podněty pracovníků pro vedení zdravotnického zařízení, komunikují s pacienty, jejich rodinami, lékaři, vrcholným managementem a dalšími odborníky a plánují vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků na základě jejich potřeb. Všechny tyto vrchní sestry mají praxi delší než 20 let; tři z nich jsou absolventky střední zdravotnické školy, jedna je absolventka magisterského studijního oboru Ošetrovatelství. Oddělení nemocnice pod řízením těchto vytipovaných sester se vyznačují poměrně velkou psychickou zátěží zaměstnanců v péči o pacienta. Jednalo se o oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN),

Ošetrovateľské péče (OŠP), Anesteziologicko - resuscitačního oddělení (ARO) a Oddělení akutního příjmu (OAP).

### *3.2.3 Třetí část*

Ve třetí části výzkumu byli k dotazníkovému šetření vyzváni nelékařští zdravotničtí pracovníci vybraných lůžkových a ambulantních oddělení zdravotnického zařízení - jednalo se o stejná oddělení jako u respondentů z druhé fáze výzkumu: o oddělení LDN, OŠP, ARO a OAP. Dotazovanou skupinu tvořily všeobecné zdravotní sestry, zdravotničtí asistenti, zdravotničtí záchranáři, ošetrovatelky a sanitárky. Do vzorku byly dále zařazeny dvě zdravotně sociální pracovnice, které na vybraná oddělení dochází. Společným jmenovatelem vybraných oddělení je zvýšená psychická zátěž a tlak na práci zdravotníka v oblastech, kde je velmi častý styk se značným utrpením pacienta, s bolestí a smrtí.

Dotazníkové šetření proběhlo v první polovině měsíce dubna 2013. Bylo rozdáno celkem 90 dotazníků, zpět se vrátilo 64, z toho 63 použitelných. V jednom případě byl respondentem muž, jinak se jednalo o ženy. Respondenti a respondentky byli rozličného vzdělání (od základního po vysokoškolské), rozličné délky praxe, na různých pracovních pozicích (sanitář, ošetrovatel, zdravotnický záchranář, zdravotnický asistent, všeobecná sestra, zdravotně sociální pracovník).

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 *Výsledky první části výzkumu*

Výsledkem 1. části výzkumu je popis vybraného zdravotnického zařízení Oblastní nemocnice Příbram, a.s. a SWOT analýza mapující situaci vzhledem k zavádění supervize pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

#### 4.1.1 *Oblastní nemocnice Příbram, a.s.*

Akciová společnost Oblastní nemocnice Příbram je zdravotnických zařízením, které je umístěno v různých budovách na území starobylého hornického města Příbram, ležícího ve Středočeském kraji, asi 60 kilometrů jižně od Prahy. Budovy nemocnice jsou situovány částečně do historicky nejstarší části města – Staré Příbrami a částečně do novější zástavby poblíž sídliště Drkolnov. Zřizovatelem a vlastníkem nemocnice je Středočeský kraj ([www.nemocnicepribram.cz/O nás](http://www.nemocnicepribram.cz/O_nas)).

#### 4.1.2 *Historie*

Oblastní nemocnice Příbram, akciová společnost (dále jen ONP) vznikla 1. 11. 2003 sloučením dvou stávajících zdravotnických zařízení ve městě Příbram: Nemocnice s poliklinikami Příbram a Nemocnice s poliklinikou Příbram – Zdaboř. Došlo ke sjednocení organizačně, ekonomicky, personálně i medicínsky. Nově vzniklé zdravotnické zařízení tak začalo fungovat ve dvou od sebe vzdálených areálech. V prvním areálu se nachází 12 lůžkových jednotek akutní péče a množství odborných ambulancí. Je zde také oddělení akutního příjmu pacientů. V druhém areálu jsou 2 lůžkové jednotky následné péče: Oddělení ošetrovatelské péče a Oddělení léčebny dlouhodobě nemocných a dále také velké množství odborných ambulancí ([www.nemocnicepribram.cz/O nás](http://www.nemocnicepribram.cz/O_nas)).

#### 4.1.3 *Organizace léčebné péče*

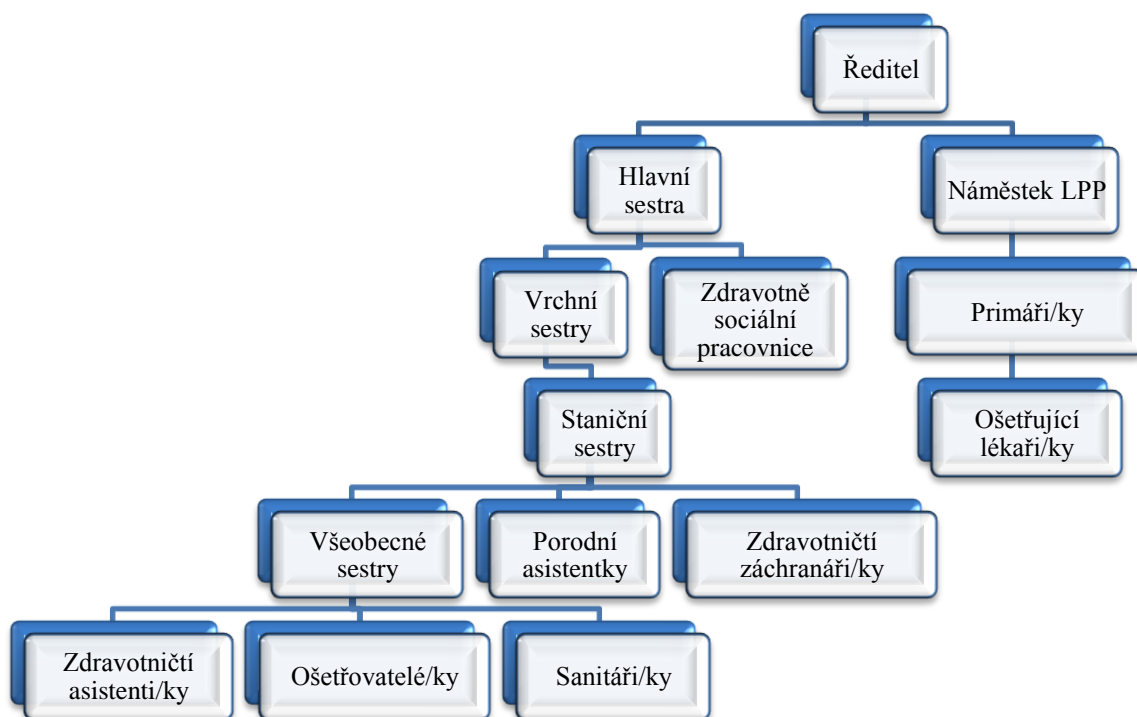
Činnost ONP je vedena ředitelem, pověřeným řízením, MUDr. Stanislavem Holobradou. Vrcholný management v současnosti (březen 2013, pozn. autorky) dále



tvoří zástupce ředitele pro ekonomiku a provoz a 6 náměstků: náměstek pro léčebně preventivní péči, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (Hlavní sestra), náměstkyně pro ekonomiku, provozně technický náměstek, náměstkyně pro zdravotní pojišťovny, náměstek pro informatiku a personální náměstek. Jednotlivá lůžková a ambulantní oddělení jsou vedena primáři (lékaři, odborníci v dané oblasti, pozn. autorky), ošetrovatelskou péči na jednotlivých odděleních vedou vrchní a staniční sestry (www.nemocnicepribram.cz/Úsek ředitele).

Celková organizace léčebné péče dle zjištěných skutečností je znázorněna schématem č. 1.

*Schéma č. 1: Organizační schéma léčebné péče*



Zdroj: Vlastní výzkum

#### 4.1.4 Legislativa

Hlavním legislativním opatřením, kterým se řídí provoz zdravotnického zařízení a poskytování zdravotnických služeb je **Zákon č. 372/2011 Sb.**, o zdravotních službách a

podmínkách jejich poskytování, v platném znění. Činnosti jednotlivých zdravotnických pracovníků upravuje **Vyhláška č. 55/2011 Sb.**, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění, dále **Zákon č. 95/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře a **Zákon č. 96/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotnické péče, v znění pozdějších předpisů, s tím související **Vyhláška č. 189/2009 Sb.**, o zkouškách podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění a **Vyhláška č. 432/2004 Sb.**, o stanovení kreditního systému pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků. Personální obsazení a počty zdravotnických pracovníků na jednotlivých léčebných provozech stanoví **Vyhláška č. 99/2011 Sb.**, o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, v platném znění. Náležitosti zdravotnické dokumentace jsou vymezeny ve **Vyhláše č. 98/2012 Sb.**, o zdravotnické dokumentaci v platném znění. Kvalitu poskytované zdravotnické péče a její hodnocení stanoví **Vyhláška č. 102/2012 Sb.**, o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.

Z analýzy těchto dokumentů vyplývají skutečnosti, znázorněné v tabulce č. 2:

*Tabulka č. 2 – Legislativní zajištění zdravotnických služeb*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podmínky provozu zdravotnického zařízení jsou pevně ukotvené v legislativních opatřeních</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Oprávnění k poskytování zdravotnických služeb</li> <li>✓ Definice souvisejících pojmů</li> <li>✓ Provozní řád</li> <li>✓ Práva a povinnosti pacientů</li> <li>✓ Poskytování statistických údajů</li> <li>✓ Podmínky zajištění kvality a bezpečí zdravotnické péče</li> </ul>
--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lékařští i nelékařští zdravotničtí pracovníci mají pevně vymezené podmínky výkonu svého povolání, jsou stanoveny rámcové náplně práce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Akreditované studium</li> <li>✓ Specifikované studium pro různé druhy zdravotnických povolání</li> <li>✓ Konkrétní obsahové vymezení náplně práce zdravotnického pracovníka</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jsou stanoveny podmínky výkonu práce nelékařského zdravotnického povolání bez odborného dohledu a s nutností dohledu jiného zdravotnického pracovníka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání</li> <li>✓ Kontrola oprávnění</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je vymezen způsob dalšího vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a zaveden kreditový způsob kontroly dalšího vzdělávání</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Podpora účasti pracovníků na dalším vzdělávání</li> <li>✓ Podpora zájmu o daný obor práce</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je sledována kvalita a kontrolována bezpečnost poskytování zdravotnických služeb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bezpečí pro pacienty</li> <li>✓ Ochrana pro zaměstnance</li> <li>✓ Chystaná akreditace zdravotnického zařízení – úroveň kvality</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je vymezen způsob záznamu provedených zdravotnických služeb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Zajištění dokumentace</li> <li>✓ Zajištěna ochrana informací</li> </ul>

Zdroj: Vlastní výzkum

#### 4.1.5 Rozhovor s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči

Přijímání nelékařských zdravotnických pracovníků do pracovního poměru koordinuje náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (dále jen NOP). Přímé citace

z rozhovoru s touto vedoucí pracovnící jsou v textu uvedeny kurzívou a psány v uvozovkách.

V současné době je v Oblastní nemocnici Příbram zaměstnáno cca 700 nelékařských zdravotnických pracovníků.

#### Přijímání nelékařských zdravotnických pracovníků (dále jen NLZP)

Na pracovní pozice jsou kandidáti vybíráni na základě životopisu, zaslaného na personální odbor a následně absolvují pohovor s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči. Uchazeč musí především předložit dokumenty o absolvování studia, které ho opravňují k výkonu konkrétního nelékařského zdravotnického povolání. Na základě zkušeností této vedoucí pracovníce jsou v průběhu pohovoru též orientačně posouzeny komunikační schopnosti. Souhrn podmínek přijetí nelékařského zdravotnického pracovníka ukazuje tabulka č. 3:

*Tabulka č. 3: Přijímání NLZP na konkrétní pracovní pozice*

Dosažené vzdělání, které opravňuje k výkonu daného povolání dle Zákona č. 96/ 2004 Sb.
Potřeba zařízení obsadit konkrétní pracovní pozici
Zařazení uchazeče na určité oddělení – podle zaměření uchazeče na určitý obor
Schopnost komunikovat na základě rozhovoru s NOP

Zdroj: vlastní výzkum

#### Ohodnocení pracovníka

Finanční ohodnocení probíhá na základě zařazení do platové třídy v závislosti na pracovní pozici, dosaženém vzdělání a odpracovaných letech.

V ONP dále probíhá 1 x ročně hodnocení na základě dotazníkového šetření mezi zaměstnanci. Všem nelékařským zdravotnickým pracovníkům jsou rozdány dva dotazníky. První dotazník s názvem „Hodnocení zaměstnance“ je zaměřen na posouzení pracovních schopností a dovedností každého konkrétního zaměstnance. Dotazník tvoří z poloviny hodnocení zaměstnance nadřízeným, v druhé polovině hodnotí zaměstnanec své schopnosti sám.

V druhém dotazníku, nazvaném „Kvalita pracovního života“, zaměstnanci hodnotí interakce se svými kolegy, komunikační schopnosti a vzájemné vazby na odděleních. Dotazník je anonymní, respondenti vypisují jména konkrétních osob podle kvality vzájemné spolupráce.

*„ten druhý dotazník, to je vlastně tou metodou 360°, kde se ty sestřičky hodnotěj vzájemně na odděleních. To se dělá taky jednou za rok... ty otázky směřovaný: s kterou sestřičkou se mi dobře spolupracuje, která kolegyně umí dobře komunikovat s rodinou, s pacientem, která umí dobře předávat informace, to znamená znalosti... která by se měla zlepšit třeba v těch dovednostech, která to neumí, která ne úplně v pohodě komunikuje jak s rodinou, tak s personálem...“*

Vrchní sestry jednotlivých oddělení následně dostávají výsledky tohoto šetření a mají za úkol pomoci pracovníkům v problémových oblastech.

*„ty lidi nám tady třeba vyskočej, že nejsou dobrý v komunikaci nebo nemaj dovednosti ... a ta vrchní se na to musí zaměřit a musí sledovat toho pracovníka, jestli tam ten problém je nebo není a když tam ten problém je, tak musí s tím člověkem pohovořit, zjistit vlastně proč, a jak můžu pomoc...“*

Z poskytnutých výsledků tohoto dotazníkového šetření vyplývá, že celkem bylo zpracováno 550 správně vyplněných dotazníků. Mezi výsledky například patří zjištění, že 31 osob (5,6%) nabylo pocitu, že si nadřízený jejich práce necení; 11 respondentů a respondentek (2%) se domnívá, že nemohou v práci uplatnit dostatečně svoje schopnosti a dovednosti a 74 (13,4%) má názor, že se nedozvídá včas a srozumitelně potřebné informace o nových opatřeních a změnách. Poměrně vysoký počet osob - 95

(17,2%) uvádí, že bylo v poslední době vystaveno verbálnímu útoku, obtěžování nebo šikaně. Celkem 352 (64%) dotazovaných hodnotí svůj pracovní kolektiv jako dobrý. V ONP je na základě konkrétních výsledků dotazníkového šetření vyhlašován nejlepší zdravotnický pracovník.

Všechny zjištěné informace týkající se hodnocení zaměstnanců jsou shrnuty v tabulce č. 4:

*Tabulka č. 4: Hodnocení pracovníka*

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>POZITIVNÍ hodnocení</b></li> </ul>
<p>Finanční: tabulkové platy, roky praxe, příplatek za výjimečnou práci na základě doporučení nadřízeného</p>
<p>Nefinanční:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hodnotící rozhovor, pomoc nadřízeného v rozvoji (vzdělávání) pracovníka – min 1x ročně, Interní dokument ONP, a.s.</li> <li>2. Anonymní dotazník „Kvalita pracovního života“ a „Top sestra / Top lékař“, 1 x ročně, Interní dokument ONP, a.s.</li> <li>3. Vyhlášení nejlepšího pracovníka v různých zdravotnických profesích (na základě výsledků dotazníkového šetření), 1 x ročně</li> </ol>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NEGATIVNÍ hodnocení</b></li> </ul>
<p>Finanční: zaměstnanec nezíská odměny a příplatky</p>

Zdroj: Vlastní výzkum

### Vzdělávání NLZP

Do péče o zaměstnance patří v ONP také systém pravidelného vzdělávání. Vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků je děleno na odborné

(zdravotnické postupy, nové metody) a „neodborné“ (komunikační dovednosti, prevence stresu apod.). Nové odborné zdravotnické informace jsou předávány prostřednictvím celonemocničních seminářů a školení. Vzdělávání probíhá z velké části v ONP.

*„Především v rámci nemocnice, z důvodu, že si to ušijeme na míru a z důvodů ekonomických. Mimo nemocnici se taky samozřejmě jezdí, ale jezdí se na specifické semináře“.*

Další formou vzdělávání je systém seminářů při poradách na jednotlivých odděleních, při kterých si připravují konkrétní témata přímo zaměstnanci.

Vzdělávání v oblasti komunikace, psychohygieny, mezilidských vztahů je realizováno v rámci ONP na několika úrovních. Témata jsou vybírána podle potřeb nemocnice i jednotlivých zaměstnanců. Ze zjištěných skutečností vyplývá, že vedoucí pracovníci jsou vzděláváni, aby uměli reagovat na problémy, které mohou nastat na jejich odděleních.

*„...proto vlastně ty vrchní choděj na to školení k tý naší lektorce, aby tu personální agendu zvládly, aby uměly s těma lidma pracovat, aby je motivovaly, aby uměly hledat ty problémy, tam kde jsou...oni jsou k tomu taky právě školený, aby když tam vznikne něco, jak tyhle situace řešit a zvládat. Takže oni si to zatím zvládaj samy.“*

Systém uzavřených skupin má výhodu navazujícího cyklu přednášek.

*„...ty uzavřené skupiny jsou z důvodu toho, že to máme trošku jako akademii, že to na sebe navazuje. Musíte mít nejdřív základní nějaký informace a pak můžete jít na ty jednotlivý jemný nuance“.*

Vzdělávání v rámci ONP je realizováno v rámci pracovní doby zaměstnanců a zdarma. Souhrn veškerých informací o vzdělávání v rámci ONP ukazuje tabulka č. 5:

Tabulka č. 5: Vzdělávání NLZP

<p>Odborné zdravotnické znalosti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semináře a konference v rámci celého zdravotnického zařízení – několikrát za rok, zdarma, v pracovní době</li> <li>• Semináře v rámci konkrétního oddělení – 1 x za měsíc při provozní schůzi, zdarma, v pracovní době</li> <li>• Možnost účasti na vzdělávací akci mimo nemocnici po schválení nadřízeným pracovníkem, úhrada akce + náhrady mzdy po dohodě</li> </ul>
<p>Znalosti v „nezdravotnických“ dovednostech (např. komunikace, psychohygiena)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Akademie“ pro střední management (uzavřené skupiny pro vrchní sestry, staniční sestry) – 4 x za rok, zdarma, v pracovní době</li> <li>• Přednáška s diskuzí pro ostatní NLZP (otevřená skupina) – 4 x za rok, zdarma, v pracovní době</li> </ul>

Zdroj: Vlastní výzkum

### Podmínky pro supervizi

NOP hodnotí celkově supervizi jako přínosnou. Problém spatřuje především ve zkušenosti eventuelního supervizora se zdravotnickým prostředím.

*„problém, kterej vidim: mít správnýho supervizora. To znamená ten člověk, kterej ví, co to ta nemocnice je, co to znamená. Teoretický supervizoři, to podle mý zkušenosti není úplně ideální...“*

Prvky supervizního vztahu můžeme v ONP najít při kontrole dodržování standardů.

*„...my supervizory v nemocnici máme v oblasti standardů při auditech, které děláme. To nám tu dělá vlastně bývalá zaměstnankyně, která má ty zkušenosti, má ty znalosti*



*tady k tomu ke všemu, takže jako supervizor nám funguje v týmu tvorby standardů a při auditech.“*

Pro podporu dalších dovedností NLZP supervize zatím v ONP zavedena není. V rámci zmíněné „Akademie“ lektorka upozorňuje management na některé možné obtíže a problémové oblasti. Nebyl dosud zaznamenán požadavek na supervizi jako takovou; vyskytuje se však potřeba externího dohledu na provádění některých úkonů.

*„...ted' si budou zvat sestru z rehabilitace a ta jim udělá vlastně takovou jako supervizi na to, jak si oni sami maj chránit záda, jak maj manipulovat s pacientem. Další supervize třeba v rámci pomůcek na resuscitaci – jedna vrchní si přizve druhou a pomáhaj si vzájemně...takže to tu funguje.“*

Jednotlivec nebo celé oddělení, které pocítuje potřebu odborné pomoci, může oslovit lektorku Akademie a požádat o konzultaci.

*„...že by jako potřebovali řešit... to podněty nemám. Já si myslím, že ty lidi, který mají tyhle problémy, tak jdou právě na tyhle kurzy...oni o tom vědi, že když ten problém budou mít, že můžou tu lektorku oslovit a ona půjde přímo na to oddělení a ten problém tam s nima probere.“*

Supervizorem se podle potřeby stává i NOP.

*„...tak většinou tam přijdu já a zjistím, jak se věci mají nebo řeším ten problém s nimi... tak jsem tam šla a hledali jsme společně, kde oni vnímaj, kde by ta efektivita mohla přijít, a našly jsme spoustu věcí, kde by ten čas oni ušetřily.“*

Informace vztahující se k tématu „supervize“ znázorňuje tabulka č. 6:

Tabulka č. 6: Názor NOP na využití supervize, případné zavedení supervize na jednotlivá oddělení ONP a informace týkající se aktivit podobných supervizi

PRO	PROTI
Supervize je dobrá	Problém najít správného supervizora, neměl by být teoretik ale mít se zdravotnictvím praktické zkušenosti
Supervize funguje v oblasti zavádění standardů – externí poradce, kouč	Nenazývá se supervize
Supervize funguje v uzavřených skupinách vedených externí lektorkou (tzv. Akademie), lektorka pravidelně poskytuje managementu informace o problémových oblastech bez uvedení jmen	Tyto skupiny jsou zavedeny pouze pro střední management, nenazývají se supervizi, i když vykazují některé znaky skupinové supervize; ostatní NLZP nemají možnost se účastnit – pouze mohou individuálně využít možnost přednášky v otevřené skupině
Jedno oddělení v současné době v rámci pracovní porady 1 x měsíčně praktikuje přítomnost cizího odborníka, který „superviduje“ zvládání určitých praktických činností, např. manipulaci s ležícím pacientem	Z většiny oddělení nejsou požadavky na tuto supervizi
Možnost využít intervenci lektorky „Akademie“ a otevřených skupin pro řešení krizové situace na konkrétním oddělení	Nejsou požadavky z oddělení
Funguje „manažerská“ supervize prováděná	Nenazývá se supervize

NOP v krizových situacích na oddělení na vyžádání, řeší se zejména zvládání pracovní náplně jednotlivých pracovníků oddělení	
--	--

Zdroj: Vlastní výzkum

### Potřeby jednotlivých oddělení

Potřeby jednotlivých oddělení zdravotnického zařízení, které zaznamenala náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, ukazuje tabulka č. 7:

*Tabulka č. 7: Potřeby zdravotnického zařízení a jednotlivých NLZP*

Pomoc při zvládání odborných dovedností na konkrétních odděleních (resuscitace)
Pomoc při zvládání ochrany vlastního zdraví na konkrétním oddělení (manipulace s ležícím pacientem)
Jednotlivci, kteří mají problémy v oblasti komunikace nebo sresu navštěvují přednášky (otevřená skupina)
Nejsou interpretovány známky vyhoření u NLZP
Pomoc při předcházení zbytečně vykonávaných rutinních prací bez přemýšlení o významu, možnostech zjednodušení a změně na konkrétních odděleních – přetěžování NLZP
Pomoc střednímu managementu (vrchní, staniční sestry) adaptovat nová nařízení pružně do provozu jednotlivých oddělení
Potřeba změny v přístupu k lidským zdrojům u vyššího managementu

Zdroj: Vlastní výzkum

### Financování vzdělání

Při organizaci vzdělávání je nutno v ONP počítat se stanovenou hranicí financí, která je ovlivněna celkovým hospodařením a prioritami.

„Ale samozřejmě vzdělání je v dnešní době to, na čem se nejvíc šetří. A to, že se šetří na vzdělání, je samozřejmě potřeba. Ale můžou se najít vzdělávací akce a udělat to tak, abychom si udělali to, co potřebujeme a nestálo to velký peníze. Ale musí člověk tomu vydat víc aktivity a hledat, jak to udělat, aniž by nás to stálo...“

Souhrn informací týkající se financování vzdělávání zobrazuje tabulka č. 8:

*Tabulka č. 8: Financování vzdělání*

Vyhrazená část z rozpočtu zařízení, nesděleno přesně
Kontrola výdajů v průběhu roku
Nutnost a oprávněnost úspory za výdaje na vzdělání zaměstnanců
Výběr vzdělávacích aktivit podle ceny

Zdroj: Vlastní výzkum

Ze všech získaných informací, které vyplynuly z rozboru dokumentů a rozhovoru s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči, byla sestavena následující souhrnná SWOT analýza, znázorněná tabulkou č. 9:

*Tabulka č. 9: SWOT ANALÝZA podmínek pro zavedení supervize v Oblastní nemocnici Příbram, a.s.*

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funkční struktura – propojení jednotlivých segmentů organizace</li> <li>• Sdílení informací</li> <li>• Důraz na vzdělávání</li> <li>• Vzdělávání je běžnou součástí náplně práce zaměstnanců</li> <li>• V rozpočtu finance na vzdělání</li> <li>• Organizace podporuje investice do zaměstnanců</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obrovské množství zaměstnanců, majetku – malá pružnost</li> <li>• Málo informací o supervizi u managementu</li> <li>• Chybějící podněty k supervizi od zaměstnanců</li> <li>• Obrovské množství změn v odborných postupech pro zaměstnance, které mají „větší důležitost“ než umění komunikace nebo podpora prevence syndromu vyhoření</li> </ul>

Příležitosti	Ohrožení
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nabídka podpory zaměstnanců „ušíťá“ na míru</li> <li>• Možnost využít osvědčené druhy supervize ze sociální oblasti</li> <li>• Prostor pro supervizi v rámci provozních porad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedení shora – Středočeský kraj</li> <li>• Závislost na rozpočtu kraje</li> <li>• Závislost na politických změnách</li> <li>• Tlak na tržní chování – úspory na vzdělání</li> </ul>

Zdroj: Vlastní výzkum

#### **4.2 Výsledky druhé části výzkumu**

Výsledkem 2. části výzkumu je rozbor hloubkových individuálních polostukturovaných rozhovorů vedených se čtyřmi respondentkami – vrchními sestrami vytipovaných oddělení ONP. Pro zachování anonymity jsou označeny jako R1, R2, R3 a R4. Citace z rozhovorů s respondentkami jsou v textu psány kurzívou v uvozovkách. Vzor struktury rozhovoru je v *Příloze č. 5*.

##### Kritéria přijímání NLZP na oddělení

Kompetence přijímat nové nelékařské zdravotnické pracovníky mají v rámci zdravotnického zařízení ve velké míře vrchní sestry. Existují důležitá kritéria, která jim pomáhají při tomto rozhodování. Vrchní sestry především hodnotí dosažené vzdělání a splněné podmínky k vykonávání konkrétní pracovní pozice, dále pak sledují jejich přístup k pacientům v nástupní době, v některých případech může být pozitivním kritériem pro přijetí také hodnocení z předchozího zaměstnání. Psychologický posudek komunikační dovednosti nebo osobnostní předpoklady jsou nepřímo testovány až při výkonu samotné práce.

*R1: „...nikdo nezjišťuje, jestli ti uchazeči mají nějaké předpoklady ...když už pracovali na jiném oddělení, tak mám nějaké reference.“*

R2: „...nikdy sem nikdo nebyl přijímanej podle toho, že by musel mít něco navíc.“

R3: „...musí mít hlavně zájem o práci, to je asi základ a jsou přijímány ve zkušební době na 3 měsíce tak většinou ty děvčata po zaučení poznáme, jestli teda tady můžou pracovat. Bud' teda vydržej dýl, nebo odejdou samy.“

R4: „...tahleta práce, kterou oni tady vykonávají...musí tomu člověku svým způsobem sednout...podle toho, jak se chtějí vzdělávat, jak jsou zručný v tý práci, jak se k tý práci stavěj... když ty lidi chtějí a mají snahu... já ty lidi musím trošku za delší dobu jakoby poznat. Protože horší je, když si vybíráte lidi, který vůbec absolutně neznáte a jenom prostě nákej pohovor krátkej, pětiminutovej k tomu nestačí, abyste toho člověka poznal.“

Souhrn zjištěných informací, které se týkají přijímání a výběru zaměstnanců na zkoumaná oddělení ONP, shrnuje tabulka č. 10.

Tabulka č. 10: Kritéria přijímání NLZP na oddělení

R1	Vzdělání, kurz, délka praxe, souhlas s náplní práce, jasné rozhodnutí uchazeče, reference z jiných oddělení nemocnice
R2	Požadavky pojišťovny, dokončené vzdělání, registrace výhodou – lepší organizace rozdělování služeb, ochota pracovat se specifickými pacienty (vyšší věk, ležící pacienti)
R3	Zájem o práci, vzdělání není podmínkou, ochota řídit se danými podmínkami, zkušební doba
R4	„práce musí sednout“, povaha zdravotníka, ochota k dalšímu vzdělávání, zručnost, snaživost,

Zdroj: Vlastní výzkum

### Hodnocení kvality práce NLZP a odměna za práci

V rámci vykonané práce jsou pracovníci hodnoceni a odměňováni finančně tabulkovým platem a případným příplatkem na základě hodnocení nadřízeného. Tento příplatek je udělován například za účast na dalším vzdělávání nebo vlastní aktivitu pracovníka ve prospěch oddělení. Respondentky hovořily také o nefinančním hodnocení na základě dotazníkového šetření. Formou odměny může být také umístění se v žebříčku oceněných zaměstnanců v anketě Top sestra nebo osobní poděkování vedoucího.

*R2: „...já třeba přihlížím, jak se zapojujou do vzdělávání, že choděj na semináře a sami jsou všímaví a dělaj něco navíc.“*

*R3: „Pokud ty sestřičky prostě dělaj něco navíc, aktivně se zúčastňují nějakých školení nebo cokoliv udělají pro oddělení, tak samozřejmě, že jsou zvýhodněný.“*

*„...všeho si musím všímat. Jak děvčata spolu komunikujou, jak s pacientama, jak se chovaj, jak maj pacienta v pořádku, nebo jestli i dokumentace a hlavně ten pacient aby byl v pořádku, to je základ.“*

*R4: „Já se snažim, když ty lidi něco udělaj navíc nebo něco udělaj dobře, tak jim vysloveně poděkuju. Já si myslim, že to poděkování na ty lidi hodně jako zapůsobí...já si vážím jejich práce.“*

Souhrn všech získaných informací ohledně hodnocení zaměstnanců ukazuje tabulka č. 11:

*Tabulka č. 11: Hodnocení kvality práce NLZP a odměna za práci očima vrchních sester*

R1	Rozhovor – hodnocení zaměstnance, plat dle tabulek, funkční příplatek a funkční odměna, dotazníková akce TOP sestra
R2	Tabulkový plat, fond na „odměny“, dotazníková akce TOP sestra, hodnocení zaměstnance
R3	Fond na „odměny“, dotazníková akce TOP sestra, vlastní hodnocení vrchní sestry na základě pozorování zaměstnanců při práci,

R4	Tabulkový plat, osobní poděkování vrchní sestry zaměstnanci, audit – vnitřní kontrola zaměstnavatele, vlastní hodnocení vrchní sestry na základě pozorování zaměstnanců při práci, dotazníková akce TOP sestra
----	--

Zdroj: Vlastní výzkum

### Spokojenost zaměstnanců

V následující části jsou zmíněny všechny skutečnosti týkající se spokojenosti zaměstnanců s prací a řešením problémových situací, které vyplynuly z rozhovorů. Na všech provozech probíhají jednou měsíčně provozní schůze, v rámci kterých mohou zaměstnanci hovořit o problémech, nespokojenosti, navrhnout zlepšení. Zaměstnanci mohou také s konkrétními problémy přijít přímo za svou vedoucí. Zazněl také názor, že zaměstnanci o spokojenost nestojí:

*„Oni ani nechtějí být spokojení, jenom si to odpracovat.“*

Jak dochází k předávání informací o spokojenosti zaměstnanců, ukazuje tabulka č. 12:

*Tabulka č. 12: Předávání informací o spokojenosti zaměstnanců*

R1	Provozní schůze 1 x měsíčně – účast povinná, vztahové problémy
R2	Provozní schůze 1 x měsíčně – účast povinná
R3	Možnost přijít kdykoli, provozní schůze 1 x měsíčně
R4	Možnost přijít kdykoli, provozní schůze 1 x měsíčně – účast není povinná,

Zdroj: Vlastní výzkum

### Potřeba podpory NLZP očima vrchních sester

Jako časté téma, na které zaměstnanci reagují potřebou „promluvit si“ je uváděna smrt pacienta. Častěji než sestry, které tuto skutečnost berou „profesionálně“, reagují ostatní pracovníci, a zvláště ti, kteří mají menší praxi. Rozhovor o zvládání



obtížných situací všechny respondentky uvádějí jako důležité, přestože nebyly zaznamenány žádné významné projevy krize u konkrétního pracovníka v reakci na situaci, prožitou v zaměstnání. Prospěšné se ukázalo pravidelné každodenní sdílení nebo také mimopracovní aktivity celého týmu.

*R1: „...ta situace nastává, když tady třeba leží dlouhodobě pacient a pak zemře, tak to je těžký, zvlášť pro ty sanitárky, co jsou tu třeba 2, 3 roky a nikdy tu práci nedělaly, tak se s nima musí chvílku posedět a trochu je uchlácholit, že to je normální...že už je vlastně zbaven toho utrpení, že už to pro něj skončilo. Taková vzájemná podpora mezi náma je, nebereme to úplně automaticky.“*

*R2: „... ty sestřičky už jsou takový, otrkaný, víme, že se do toho nesmíme ponořovat tak do hloubky, to bysme to nemohly dělat.“*

Souhrn odpovědí je zaznamenán v tabulce č. 13:

*Tabulka č. 13: Potřeba podpory NLZP očima vrchních sester*

R1	smrt pacienta – potřeba to probrat, „posedět a popovídat“ (především sanitárky s kratší praxí), vzájemná podpora mezi zaměstnanci, když je potřeba
R2	Potřeba podpory pouze u sanitárek, krize nebývají – profesionální přístup, smrt a utrpení brány jako přirozené, někdy lítost nad smrtí pacienta, povídání o problémech společně, v minulosti sobotní celodenní výlety, skupinky zaměstnanců někdy večer mimo práci „posezení“
R3	2 x za rok mimopracovní akce pro celý tým společně, vzájemná podpora, povídání o problémech, důležitá komunikace
R4	Povídání ráno při výměně směn, zaměstnanci chtějí sdílet a povídat si o tom, co se stalo

Zdroj: Vlastní výzkum

## Vzdělávání NLZP

V rámci získávání nových informací, učení novým způsobům práce a zvyšování kvalifikace jsou sestry podle zjištěných skutečností vzdělávány formou informačních nástěnek, seminářů při provozní schůzi, celonemocničních seminářů a přednášek. Semináře při provozní schůzi připravují jednotliví zaměstnanci podle stanoveného rozpisu témat. Mají též možnost účastnit se vzdělání mimo zdravotnické zařízení, zvláště pokud se jedná o nějaké speciální téma. Toto vzdělání může být plně hrazeno zaměstnavatelem nebo plně hrazeno zaměstnancem, případně se mohou částečně podílet oba. Pokud se nejedná o vzdělání v pracovním volnu zaměstnance, podléhá toto vzdělání schválení nadřízeného pracovníka a dále náměstkyně pro ošetrovatelkou péči. U zaměstnanců je, dle názorů respondentek, preferováno vzdělávání v rámci nemocnice a pracovní doby.

Vzdělávání v komunikačních technikách, prevenci stresu a jednání s různými typy pacientů zajišťuje v rámci nemocnice externí lektorka. Pro vrchní sestry, staniční sestry a pracovníky ambulancí jsou zde uzavřené kurzy s navazujícími tématy, zvané Akademie. Využívá se v nich prvků skupinové práce, hraní modelových situací, sdílení problémů. Ostatní zaměstnanci mají možnost navštěvovat „otevřené“ semináře s podobnými tématy. Toto vzdělání se uskutečňuje v pracovní době a je plně hrazeno zaměstnavatelem.

*R2: „...pro mě třeba jsou přínosem tyhleto psychologický semináře a je dobrý, když tam v té skupině vidíš, že i jinej člověk má svoje problémy a najednou se tam třeba otevře a ta psycholožka na to naváže a najednou k tomu říkaj všichni...ona ti přesně neřekne, co máš udělat, ale jako nastíní ti tu cestu...že mě se kolikrát stalo, že jsem prostě řekla a jo, já to vlastně dělám špatně, já musím takhle zareagovat nebo tak ...i když vždycky si říkám když tam jdu, že se mi tam nebude chtít sedět, nechce se mi tam, ale pak je to dobrý, jdu tam většinou naštvaná, ale pak jdu tam odtud vždycky jiná a říkám si že to bylo dobrý. My jsme tam uzavřená skupina těch vrchních sester už 3 roky. Ale taky to není po jednom sezení, já jsem ty lektorce přišla na chuť až po čase, ale když jsme se líp poznali, tak teď ten přístup k ní mám úplně jinej... je to skupina zaměstnanců, kteří řeší stejný situace.“*

„Pak když to maj ty holky, ta otevřená skupina, tak jim vždycky říkám: přihlašte se...já je přesvědčuju, že je to dobrý.“

„Hlavně vidim, my tady že na to nejsme zvyklí, každej kouká si odpracovat a honem domu.“

Souhrn všech informací o vzdělávání NLZP podává tabulka č. 14:

*Tabulka č. 14: Vzdělávání NLZP*

R1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tisk informací, semináře po provozní schůzi, celonemocniční vzdělávání, výjezdy mimo nemocnici málo</li> <li>• Komunikační techniky i během semináře na oddělení (připravuje vždy jeden ze zaměstnanců)</li> </ul>
R2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semináře na provozní schůzi, celonemocniční vzdělávání</li> <li>• „Akademie“ – psychologické semináře pro uzavřené skupiny vrchních sester, staničních sester, pracovníků ambulancí, otevřené skupiny pro ostatní zaměstnance – témata z počátku od lektorky, v dalších letech možnost zaměstnanců navrhnout témata, témata navazují, pro všechny stejná lektorka; dobře funguje uzavřená skupina – možnost otevření vlastních problémů, sdílení mezi stejnými lidmi; nechť zaměstnanců oddělení zúčastňovat se seminářů v otevřené skupině</li> </ul>
R3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Účast na celonemocničních seminářích, možnost vyjet vně nemocnice na vzdělávací akci</li> </ul>
R4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semináře po provozní schůzi (připravuje vždy jeden ze zaměstnanců)</li> <li>• Málo výjezdů mimo nemocnici</li> <li>• Účast na celonemocničních seminářích – zaměstnanci povinnost se účastnit 1 x ročně, „Akademie“ pro uzavřené skupiny – již čtvrtý rok, stejná lektorka</li> </ul>

Zdroj: vlastní výzkum

### Názor vrchních sester na supervizi

Respondentky nemají vlastní praktickou zkušenost se supervizí a pouze málo informací o její funkci. Z rozhovorů vyplývá, že problémy v jejím zavedení spatřují především v nedostatku informací, malé motivaci zaměstnanců a časové náročnosti. Někde by mohl být také problém ve velikosti některých pracovních kolektivů.

*R1: „...děvčata by to potřebovala vědět, co to je a pak se rozhodnout. Dostat víc informací. Je to prostě zase novota, musel by je k tomu někdo nadchnout. Ony vždycky mají problém přijmout něco nového, ale pak když se jim to dobře podá, tak je to dobrý... by to potřebovaly slyšet ještě od někoho jinýho, protože ony to ode mě vezmou, ale aby to nebylo jenom pasivní účast...potřebovaly by to slyšet vysvětlený ještě jinak...kdyby u nás byla supervize na oddělení...pravidelně třeba jako součást té pracovní porady... nebráním se tomu.“*

*R2: „...už to vidím, jak zase každé říká, co to zase je. Ono už je obtěžuje i ta provozní schůze. Každé si chce udělat to své, těch 8 nebo 12 hodin a jít domu. A ne že ještě pak budu něco rozpitvát...je to v tom čase a nejsme na to nastavený, povídat o pocitech. ... já bych jim to asi neuměla vysvětlit, to by musel někdo jinej, erudovanej...jak je namotivovat. Je to o tom, zúčastnit se něčeho aspoň 2x, 3x a zjistíš, že to pomůže vyřešit spoustu starostí i třeba doma. Protože tam pak slyšíš ode všech různý problémy a všichni ti dávaj ty rady, ta psycholožka to někam nasměruje...“*

Zkušenosti vrchních sester se supervizí a názor na její zavedení pro zdravotnické pracovníky ukazuje tabulka č. 15:

*Tabulka č. 15: Názory vrchních sester na supervizi*

R1	Mezi zaměstnanci nejsou informace – obava z pasivní účasti, možnost včlenění do pravidelných provozních schůzí
R2	Nedostatek informací o supervizi, prvky supervize na setkáních uzavřených skupin „Akademie“, obavy z nepřijetí od zaměstnanců – problém času

	stráveného v zaměstnání navíc + nechut' „rozpitvát“ problémy; pokud člověk absolvuje několik setkání a naučí se to přijímat, je to prospěšné; je nutné motivovat zaměstnance
R3	Supervize je dobrá, význam pro posílení komunikace v týmu, problém velkého týmu, nemám vlastní zkušenost se supervizí
R4	Nevím, nemohu odpovědět, zda je dobrá či špatná, je to novinka, nezažila jsem jí v zaměstnání, informace mám ze studia, potřeba zážitku supervize

Zdroj: vlastní výzkum

### Motivace NLZP k práci

Vrchní sestry se domnívají, že k dobré práci motivuje zaměstnance především finanční ohodnocení. Za důležité však považují také dobrý kolektiv, kvalitní komunikaci v kolektivu, podporu nadřízeného a skutečnost, že „mají práci“. Za všechny názor respondentky č. 4:

*R4: „...myslim, že nejdůležitější je kolektiv, ta souhra toho kolektivu, ta komunikace...chodíte rád do práce, když tam jsou dobrý lidi...na druhým místě si myslim, že jsou peníze. Všichni chodíme do práce pro peníze, že jo.“*

Souhrn informací o motivaci k práci ukazuje tabulka č. 16:

*Tabulka č. 16: Motivace NLZP k práci*

R1	Peníze, nezaměstnanost, zážitek z vlastní rodiny, dobrý kolektiv
R2	Nezaměstnanost, peníze, poslání
R3	Dobrá komunikace, hezké prostředí, spokojenost na pracovišti, peníze, zájem nadřízeného, opora v nadřízeném
R4	Souhra kolektivu, dobrá komunikace, peníze, ocenění práce

Zdroj: vlastní výzkum

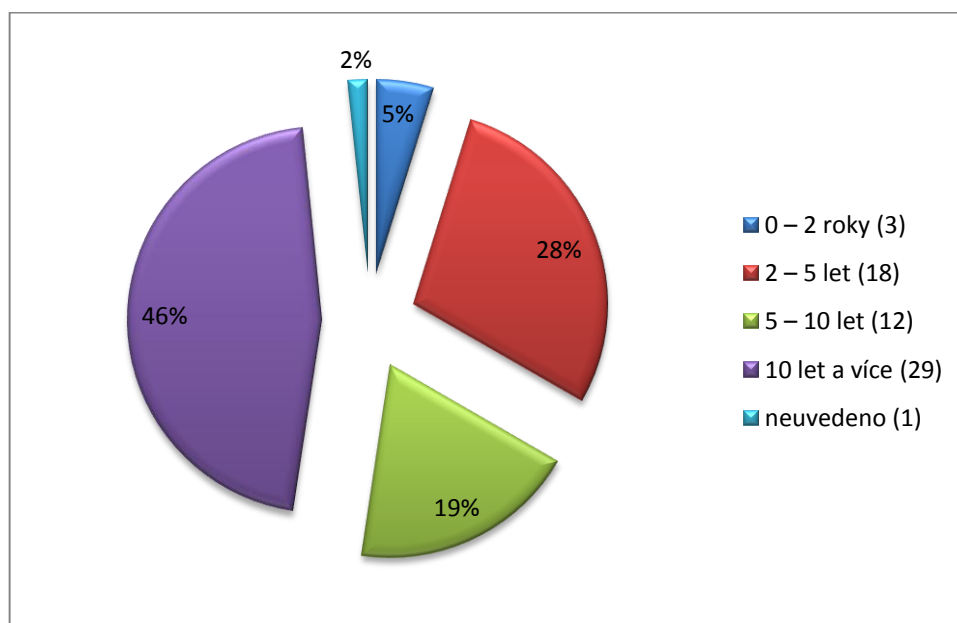
### 4.3 Výsledky třetí části výzkumu

Zkoumaný soubor tvořilo 90 respondentů a respondentek, kterým byly prostřednictvím nadřízených pracovníků rozdáni dotazníky. Zpět se vrátilo 64 dotazníků (tedy 71%), z nichž bylo 63 použitelných pro zpracování výsledků.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 46 všeobecných zdravotních sester, které tvořily 73% z celkového souboru dotazovaných. Další početněji zastoupenou pracovní pozicí byli sanitárky a sanitáři v počtu 9 (14%). Dále 3 ošetřovatelky, jedna zdravotnická záchranářka, 1 zdravotnická asistentka a 1 zdravotně sociální pracovnice. Celkem se jednalo o 62 žen a jednoho muže.

V dotazníkovém šetření byli nejvíce zastoupeni zdravotníci s praxí delší než 10 let: celkově 29 (46%). Další početnou skupinou byly osoby s praxí v rozmezí 2 až 5 let: celkem 18 (28%). Souhrnné rozdělení dotazovaných podle délky praxe ukazuje graf č. 1:

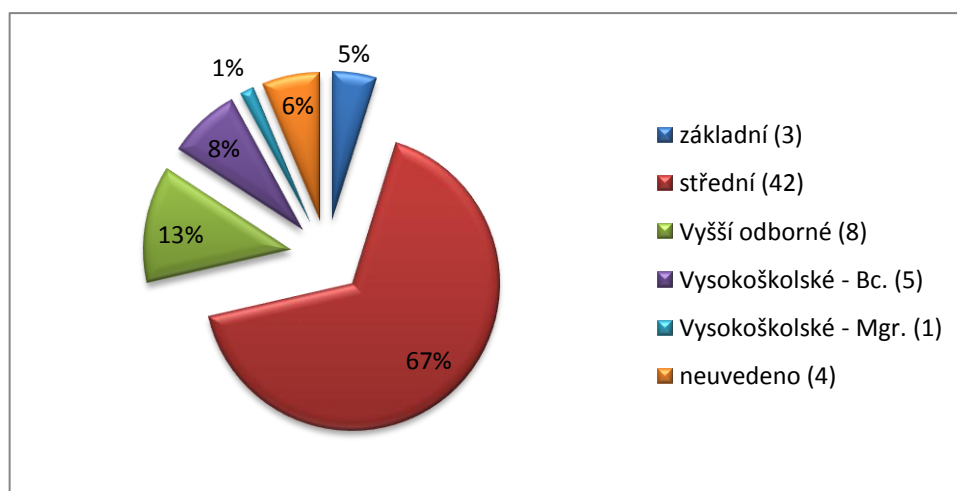
Graf č. 1: Délka praxe



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce dotazovaných zdravotníků, celkem 42 (67%), mělo středoškolské vzdělání. Různou úroveň dosaženého vzdělání respondentů a respondentek zachycuje graf č. 2:

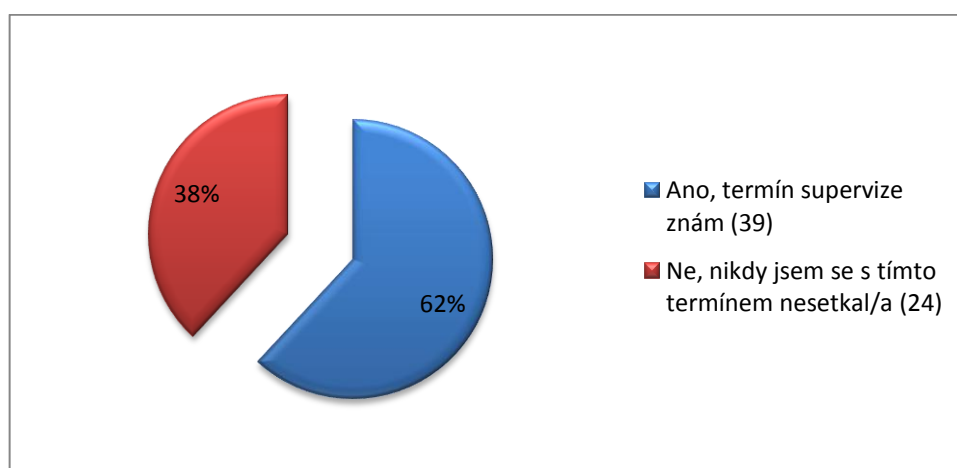
Graf č. 2: Vzdělání



Zdroj: vlastní výzkum

Dotazník zjišťoval úroveň informovanosti o supervizi. Na dotaz, zda se již setkali s termínem „Supervize“, odpověděli respondenti a respondentky kladně v 39 případech (62%), jak ukazuje graf č. 3:

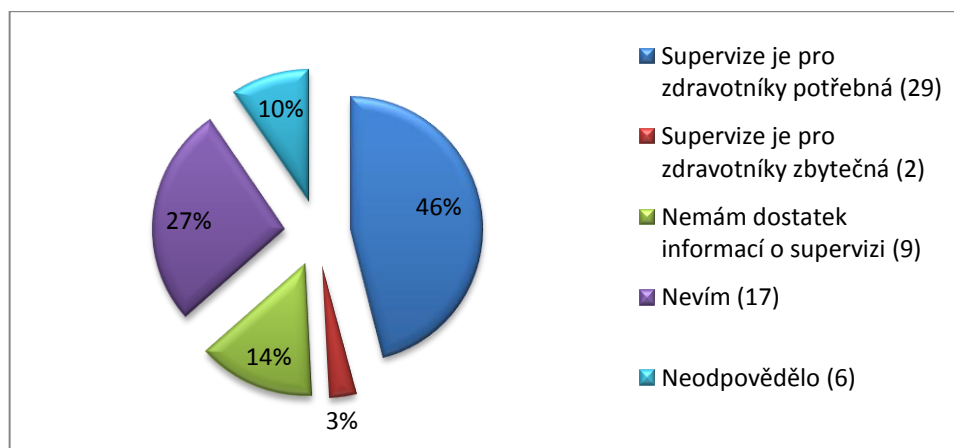
Graf č. 3 – Informace o supervizi



Zdroj: vlastní výzkum

Dle názoru 29 dotazovaných (46%) je supervize pro zdravotníky potřebná, 17 (27%) odpovědělo, že neví a 9 (14%) z dotazovaných neměl potřebné informace o supervizi. Pouze 2 z respondentů (3%) považují supervizi pro zdravotníky za zbytečnou. Celkové rozložení ukazuje graf č. 4:

Graf č. 4 – Potřeba supervize



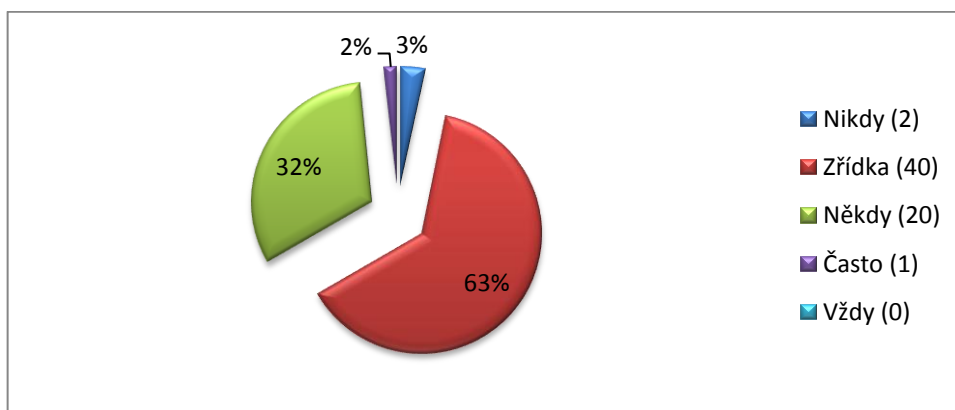
Zdroj: Vlastní výzkum

V další části dotazníkového šetření následovala série odpovědí na standardizovaný dotazník „*Inventář projevů syndromu vyhoření*“. Vyhodnocením odpovědí byly vytvořeny tabulky, v nichž jsou projevy možného vyhoření rozděleny do 4 rovin – *rozumová, emocionální, tělesná a sociální*.

Mezi problémy, patřící dle dotazníků do *rozumové stránky* pracovní zátěže, byly zařazeny otázky týkající se soustředění, úrovně profesionálních schopností a zájmu o vzdělání. Nejčastěji uváděnou odpovědí bylo „zřídka“ a do této skupiny spadalo celkem 40 dotazovaných (63%). Obtíže vyskytující se „někdy“ připustilo celkem 20 dotazovaných (32%), „často“ pocíťované obtíže uvedla 1 osoba (2%). Rozložení odpovědí ukazuje graf č. 5:



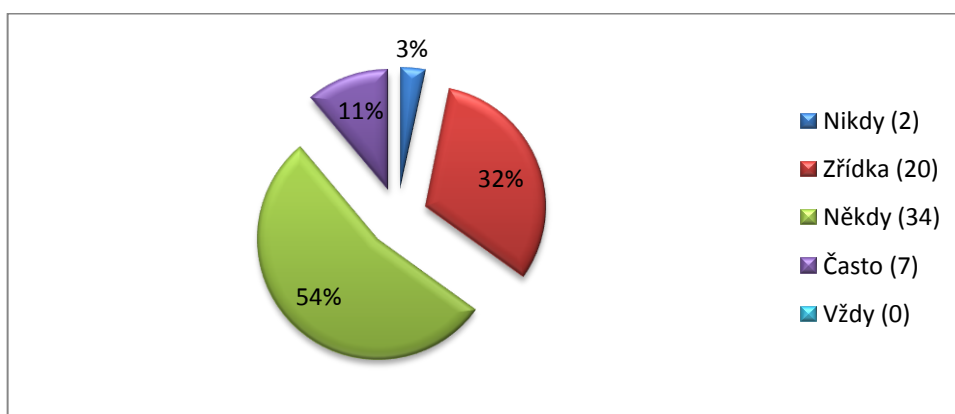
Graf č. 5: Rozumová stránka (dotazy č. 1, 5, 9, 13, 17 a 21)



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce zátěže v emocionální stránce byli respondenti a respondentky dotazováni, zda mají problémy se radovat ze své práce, zda se cítí sklíčení, mají problémy s konflikty na pracovišti, pociťují nervozitu, cítí se být dostatečně oceňováni a oceňováni nebo zda pociťují při vykonávání práce strach. Zde se největší skupina dotazovaných přiblížila odpovědi „někdý“, tedy odpovědi na třetím místě ve škále. Bylo to celkem 34 dotazovaných (54%), „zřídka“ pociťuje obtíže 20 osob (32%) a „často“ 7 respondentů a respondentek (11%). Souhrn odpovědí na tyto dotazy je vyjádřen grafem č. 6:

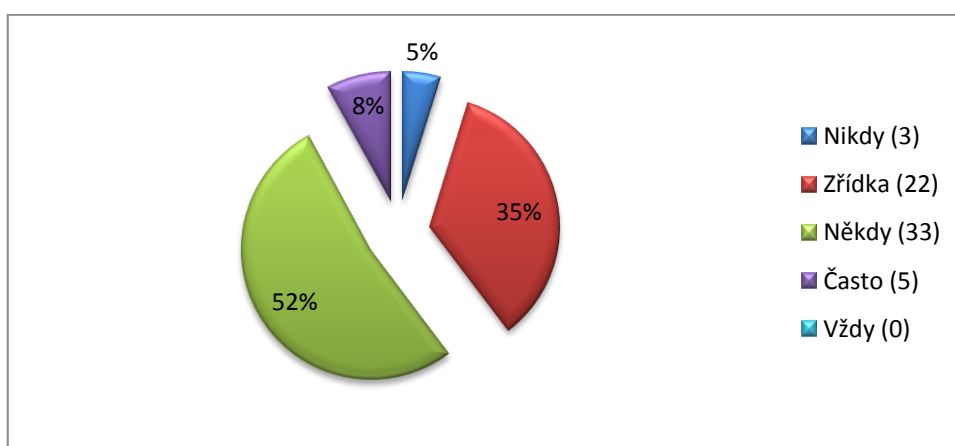
Graf č. 6: Emocionální stránka (dotazy č. 2, 6, 10, 14, 18 a 22)



Zdroj: vlastní výzkum

Vyčerpání po tělesné stránce bylo v dotazníku zjišťováno dotazy, které se týkaly míry únavy, nemocnosti, problémů s dýcháním, trávením nebo srdcem, zvýšené napjatosti, poruch spánku a bolestí hlavy. Nejpočetněji byly zastoupeny odpovědi „někdy“ a to u 33 respondentů a respondentek (52%), „zřídka“ pociťuje obtíže 22 dotázaných (35%) a „často“ 5 (8%). Odpovědi respondentů a respondentek vyjadřuje graf č. 7:

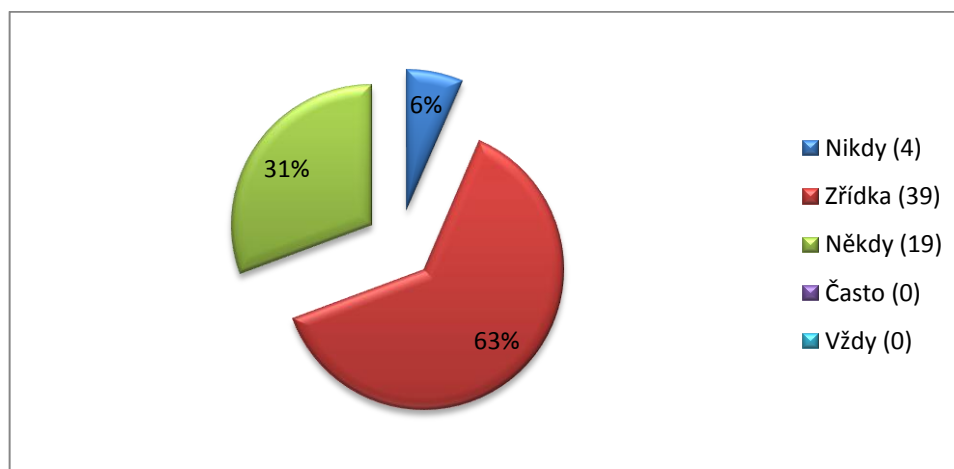
*Graf č. 7: Tělesná stránka (dotazy č. 3, 7, 11, 15, 19 a 23)*



Zdroj: vlastní výzkum

Oblasti zátěže, kterou respondenti a respondentky prožívají ve sféře sociálních vztahů, se týkaly především dotazy formulované jako „chuť pomáhat pacientům“, narušené vztahy na pracovišti i v domácím prostředí, na provádění práce pouze „mechanicky“ a zájem o další vzdělávání ve svém oboru. Nejčastější odpovědí bylo „zřídka“ u 39 dotázaných (63%), „někdy“ obtíže pociťuje 19 dotázaných. Jak ukazuje graf č. 8, dotazovaní své odpovědi uváděli takto:

Graf č. 8: Sociální stránka (dotazy č. 4, 8, 12, 16, 20 a 24)



Zdroj: vlastní výzkum

Celkové souhrny odpovědí ukazují vždy jen orientační pocity a prožitky celé skupiny. Odpovědi „vždy“ a „často“ u konkrétních otázek mohou signalizovat zvýšený výskyt obtíží ze škály syndromu vyhoření. Výskyt odpovědí „vždy“ u jednotlivých otázek ukazuje tabulka č. 17:

Tabulka č. 17: Výskyt odpovědi „vždy“ u konkrétních otázek

18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění	2x
20. vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	2x
23. Trpím bolestmi hlavy	2x
3. Připadám si fyzicky vyždímaný/á	1x
12. Pocity nespokojenosti narušují mé soukromé vztahy	1x
19. Trápí mě poruchy spánku	1x

Zdroj: vlastní výzkum

Největší výskyt odpovědí „často“ u jednotlivých otázek ukazuje tabulka č. 18:

*Tabulka č. 18: Výskyt odpovědi „často“ u konkrétních otázek*

2. Nedokáži se radovat ze své práce	14x
18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění	12x
3. Připadám si fyzicky vyždímaný/á	11x
19. Trápí mě poruchy spánku	9x
23. Trpím bolestmi hlavy	7x

Zdroj: vlastní výzkum

## 5. DISKUZE

Cílem mé výzkumné práce bylo zjistit, zda je u zdravotnických pracovníků potřebná, realizovatelná a žádaná supervize, jako prevence syndromu vyhoření, i jako nástroj kontroly kvality poskytované práce a zároveň zvyšování vzdělání a schopností jednotlivých pracovníků.

Rozhodla jsem se věnovat výzkumu této potřeby u nelékařských zdravotnických pracovníků v lůžkovém zařízení. Jako užší specifikum jsem si stanovila skupinu těchto pracovníků, kteří pracují na odděleních, kde je zátěž v úrovni fyzické, psychické, sociální i emocionální považována za obzvláště velkou. Jak potvrzuje také Herkutzová (2008) ve svém článku týkajícím se syndromu vyhoření, velkou zátěž nesou především zdravotničtí pracovníci oddělení léčeben dlouhodobě nemocných a jednotek intenzivní péče. Proto mne právě na odděleních tohoto typu v Oblastní nemocnici Příbram zajímalo, jakým způsobem je míra zátěže pracovníků řešena a to ve třech úrovních – na úrovni vedení zařízení, dále u vedoucích pracovníků a třetí rovinnou mého výzkumu byli samotní zdravotničtí pracovníci daných oddělení.

V rámci 1. fáze výzkumu jsem se tedy zaměřila nejprve na zmapování souhrnu legislativních podmínek zdravotnictví. Analýzou dokumentů jsem zjistila, že je legislativně stanovena a přesně vymezena úroveň i typ vzdělání, které musí konkrétní zdravotník pro konkrétní pozici splňovat a to především pokud pracuje jako zdravotnický pracovník bez odborného dohledu. U ostatních zdravotnických pozic, ve kterých dle platné legislativy pracovníci pracující pod odborným dohledem nebo přímým vedením, jsou podmínky přijetí závislé spíše na konkrétní poptávce zdravotnického zařízení a ochotě uchazečů pracovat na daném oddělení a dále se vzdělávat. Například u pracovní pozice sanitář nebo sanitárka, kde je podmínkou práce mimo jiné absolvování kurzu pro sanitáře a sanitárky, je běžnou skutečností, že osoba přijatá na tuto pozici kurz absolvuje až v rámci zaměstnání.

Tuto skutečnost potvrzují slova náměstkyně pro nelékařská zdravotnická povolání a kvalitu Všeobecné fakultní nemocnice v Praze Mgr. Dity Svobodové (2013), která na konferenci o dobrovolnictví v onkologické oblasti mimo jiné zmínila, že oproti důkladnému výběru a přípravě dobrovolníků se tak u pomocných zdravotnických pracovníků ve většině případů neděje (Konference „I slova léčí“, VFN Praha, únor 2013).

Dle skutečností zjištěných přímo v ONP, jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci (dále jen NLZP) přijímáni na základě svého vzdělání, tedy kvalifikačních předpokladů. U žádné ze zkoumaných zdravotnických profesí nejsou podle informací získaných v rámci výzkumu při nástupu do zaměstnání zjišťovány osobnostní předpoklady, komunikační schopnosti nebo psychologický profil. Tato skutečnost přímo koresponduje s ustanovením v zákoně č. 96/ 2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, který vymezuje podmínky způsobilosti k výkonu tohoto povolání třemi náležitostmi a sice: „odborná způsobilost, zdravotní způsobilost a bezúhonnost“ (§3, Z 96/2004 Sb.) Otázkou zůstává, zda pouze tyto podmínky zaručí, že zdravotnický pracovník zvládne zátěž, která se s jeho povoláním každodenně pojí a nestane se naopak osobou, která v důsledku pacienta svým přístupem spíše poškozuje, jak o tom hovoří například Matějček (2001).

Rozhovor s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči v Oblastní nemocnici Příbram mi poskytl cenné informace o vzdělávání, podpoře a péči pro zaměstnance nelékařských zdravotnických profesí v tomto zařízení. Z výsledků vyplynulo například, že úroveň spokojenosti zaměstnanců s kvalitou jejich pracovního života je plošně sledována až od konce roku 2012. Vedení zdravotnického zařízení dosud nezaznamenalo potřebu zdravotníků po zvýšení nebo změně stávající podpory, například ve smyslu zkoumané potřeby supervize nebo prevence projevů syndromu vyhoření. Konkrétní potřeby zaměstnanců a jejich pocity, prožitky a názory nebyly dosud plošně zmapovány. Pokud tedy pracovník sám neporušuje některá nařízení, zjevně nepoškozuje pacienta nebo nevyvine vlastní iniciativu v požadavku podpory (např. během rozhovoru

s nadřazeným), není úroveň vyčerpání v emoční, psychické, sociální ani fyzické rovině nijak zjištěna.

Přitom, jak ukazuje dostupná literatura týkající se právě zdravotnictví, kvalitní vztah mezi zdravotníkem a pacientem je pro léčbu stejně důležitý jako nejmodernější medicínské prostředky. Například Křivohlavý (2000) popisuje, že „pacient očekává nejen somatická vyšetření, ale od zdravotníka i sociální oporu“ (str. 61).

V následujících podkapitolách jsou shrnuty a diskutovány závěry celého výzkumu rozčleněné podle 3 nejčastěji zmiňovaných funkcí supervize – podpůrná, vzdělávací a kontrolní.

### **5.1 Podpora**

Během tohoto výzkumu padlo v mnoha rozhovorech slovo podpora opakovaně. Jak v rozhovoru s členkou managementu, tak s řídicími pracovníky jsem se mnohokrát ptala, zda dotazovaní vnímají potřebu podpory zdravotnických pracovníků v rámci zaměstnání a to v jakékoli rovině – sociální, emoční, psychické nebo fyzické. Vedení nemocnice nezaznamenává žádné vyjádření potřeby podpory z jednotlivých zdravotnických úseků. Školí vedoucí pracovníky v takové míře, aby dokázali problémy v těchto oblastech u svých podřízených zvládat sami nebo aby byli schopní je rozpoznat a vyžádat si pomoc odborníka. Ze šetření vyplynulo, že vedoucí pracovníci jsou vzdělávání v rámci nemocnice, po celou dobu (4 roky) jednou lektorkou v rámci „Akademie“. V rámci těchto školících skupin zažívají také skupinovou podporu. Zaměstnanci si mohou vyžádat podporu od nadřízených.

Z odpovědí vrchních sester se dalo vyčíst především to, že o potřebě podpory jako takové zdravotničtí pracovníci méně mluví a spíše jí jaksí intuitivně a neorganizovaně realizují. Z jednoho z rozhovorů například vyplynulo, jak pozitivně jsou v pracovním kolektivu vnímány mimopracovní sportovní aktivity, na všech odděleních dochází při problémech k okamžité podpoře mezi kolegy nebo mezi nadřízeným a podřízenými.

Respondentky vyjadřovaly potřebu zaměstnanců mluvit o prožívané situaci s ostatními pracovníky.

Ze šetření vyplynulo, že kromě „Akademie“ pro vedoucí pracovníky není pro běžné zaměstnance realizována žádná preventivní aktivita zaměřená přímo na práci ve skupině, podporu týmové spolupráce nebo nácvik komunikačních strategií. Jsou realizovány pouze teoretické semináře a přednášky na toto téma. Právě potřebu cílené práce na fungování týmů a vzájemnou podporu mezi spolupracovníky ukazuje jako klíčovou také Marková (in Havrdová, 2008): „tak, aby pracovník mohl poskytovat oporu druhým a nebyl sám přetěžován“.

Zajímavým výsledkem jsou v tomto směru výsledky dotazníkového šetření, kde v otázkách emočního vypětí více než 10% respondentů a respondentek odpovídalo, že jej prožívají „často“. V tomto směru je zajímavý také výsledek, že více než 20% dotázaných se „často“ nedokáže radovat z práce a stejné procento má „často“ pocit, že trpí nedostatkem uznání a ocenění.

Právě zde, stejně jako Jičínská (2006) vidím velkou potenciální úlohu supervize jako bezpečného prostoru k urovnání a reflektování vlastních emocí, k získání vzájemné podpory a sdílení dobrého i horšího, co náročná práce zdravotníka přináší.

V otázce fyzického vyčerpání, se kterým je to emoční bezesporu spjato, se odpovědi dotazovaných v celkovém souhrnu vyskytovaly „často“ také v téměř 10% odpovědí. V jedenácti případech (20%) si dotazovaní připadali „často“ fyzicky „vyždímaní/né“, v devíti případech (15%) je trápí „často“ poruchy spánku, sedm respondentek (11%) a respondentů vnímá jako „časté“ bolesti hlavy.

Oblast definovaná jako „rozumová“ byla s odpovědí „často“ zastoupena nejméně početně: pouze v jednom případě (0, 1%), ovšem dvacet (35 %) dotazovaných uvedlo, že obtíže vnímají „někdy“. Čtyři z dotázaných (7%) uvedli, že „často“ přemýšlí o odchodu z práce.



Tyto výsledky výrazně korespondují s celkovým laděním a výchovou zdravotnických pracovníků (a také žen obecně): problémy a zátěž zvládáme v rozumové oblasti dobře, v tělesné stránce se vyčerpání projevuje bez ohledu na rozum a vůli.

V sociální oblasti nevedl „časté“ obtíže v průměru žádný respondent ani respondentka, v konkrétních odpovědích se však jako „časté“ shodně u pěti dotázaných objevily odpovědi na otázky, zda práci s pacienty omezují pouze na mechanické provádění a zda se vyhýbají dalšímu vzdělávání. Dva dotazovaní dokonce odpověděli, že se dalšímu vzdělávání vyhýbají „vždy“.

## **5.2 Vzdělávání**

Dalším objektem mého zájmu byla potřeba a míra vzdělávání zdravotnických pracovníků. Podle poskytnutých informací je další vzdělávání a rozvoj NLZP organizován v ONP na těchto dvou základních úrovních – odborné zdravotnické vzdělání a vzdělávání v takzvaných „měkkých technikách“ – tedy především v umění dobré komunikace, spolupráce mezi jednotlivými profesemi v léčebném procesu a zvládání zátěže spojené s povoláním zdravotníka.

Odborné zdravotnické znalosti jsou pracovníkům předávány prostřednictvím seminářů jak na celonemocniční úrovni, tak v rámci jednotlivých oddělení. Semináře realizují z části externisté, z části se na nich podílí sami zaměstnanci. V ONP je poměrně široká nabídka možnosti účastnit se interního vzdělávání, oproti tomu účast na vzdělávání mimo nemocnici tolik preferovaná není. Tato skutečnost je do jisté míry ovlivněna ekonomickými faktory – zatímco semináře uvnitř nemocnice jsou pro zaměstnance zdarma a s možností účasti v rámci pracovní doby, semináře mimo zařízení podléhají přísnějším pravidlům schvalování vedoucím pracovníkem, ať v otázce náhrady zameškané doby, tak též v otázce úhrady ceny vzdělávací akce a jízdného. Většina těchto aktivit je dle slov zástupců ONP využívána u specifických odborných a úzce zaměřených seminářů. Dle informací, které vyplynuly z realizovaného výzkumu, zaměstnanci tyto akce mimo nemocnici z právě zmíněných

důvodů nevyhledávají. Dle slov managementu však mají možnost si tyto akce hledat a o uvolnění na ně žádat. Poměrně široká nabídka vzdělávání v této oblasti je pro zdravotnictví specifická – neustálý vývoj ve vědě a technice nutí zdravotníky používat stále nové metody a technologie, které jsou pro zdravotnickou péči stěžejní a jak potvrzuje i Marková (in Havrdová, 2008) – jsou pro zdravotnictví důležité a často “na nich záleží pacientův život”.

Velmi zajímavou skutečností je vysoká míra angažovanosti zdravotnických pracovníků právě v realizaci vlastních seminářů na dané téma. Zaujalo mne, že každá zdravotní sestra, ošetřovatelka nebo sanitárka si připravuje podle seznamu témat v určitém časovém intervalu malou prezentaci, kterou přednese ostatním kolegyním právě v rámci pravidelného vzdělávání na pracovišti. Tato skutečnost je dle mého názoru velmi prospěšná a rozvíjí zúčastněné nejen po odborné stránce, ale též v komunikaci a flexibilitě.

Zatímco vzdělávání ve výše zmíněných odborných dovednostech je v ONP velmi pestré a poskytované mnoha subjekty (vnitřními i vnějšími), vzdělávání ve zmíněných komunikačních dovednostech poskytuje celému zdravotnickému zařízení již čtvrtý rok jedna lektorka. V rámci zařízení je realizováno poměrně propracované vzdělávání pro střední management, které formou navazujících seminářů v uzavřených skupinách v podstatě naplňuje některé parametry vzdělávací supervize. Je zde hodně využíváno dynamiky skupiny – v uzavřeném počtu osob, které se vzájemně dobře znají a jsou na stejných pracovních pozicích (vrchní sestry, staniční sestry). Využívá se též metody hraní rolí i prvků z tzv. Balintovských skupin, účastníci tedy ve velké míře zaujmají aktivní role, sdílí své problémy i řešení možných situací, mají možnost hovořit též o osobních prožitcích své práce. Pro ostatní pracovníky zde tatáž lektorka realizuje semináře otevřené, které formou „lektor – posluchač“ přibližují zdravotníkům některé aspekty práce v pomáhajících profesích.

V poměru k získávání odborných znalostí tak rozvoj a podpora znalostí komunikačních a psychologických poněkud zaostává. Právě díky velkému množství odborných informací, které pracovníci bezpodmínečně potřebují pro výkon svého

povolání, zůstává někdy další vzdělávání mimo bezprostřední zájem a to jak managementu a vedoucích pracovníků jednotlivých oddělení, tak i zdravotnických pracovníků jako takových.

V souhrnu výsledků vidí management zdravotnického zařízení vhodné vzdělání to, které je úsporné, ušité na míru a podle potřeb konkrétního zařízení. V praxi je to naplňováno velkým množstvím odborných vzdělávacích akcí uvnitř nemocnice a minimálním počtem výjezdů mimo zařízení. Vzdělání v oblasti komunikace pak zajišťuje „jeden zdroj“ – jedna lektorka, aktivní formou na ní participují vedoucí pracovníci, pasivně se mohou účastnit ostatní zaměstnanci.

Osobně vidím obrovský potenciál v zažitém systému vzdělávání v rámci provozních schůzí a zejména ve skutečnosti, že zde v rolích lektorů a lektorek aktivně vystupují řadový zaměstnanci a to včetně zdravotnických pracovníků, pracujících pod odborným dohledem. Právě jejich aktivita a pravidelnost těchto setkání a fakt, že účastníci nejsou jen pasivními příjemci nových informací, dávají prostor pro realizaci supervize.

Celková informovanost o supervizi je poměrně vysoká: v rozhovorech uvedli všechny čtyři respondentky, že supervizi znají, žádná z respondentek však nemá vlastní konkrétní zkušenost se supervizí. Velmi často v rozhovorech docházelo k dezinterpretaci supervize a její zaměňování za audit, vyučování, poradenství nebo výcvik.

V rámci dotazníkového šetření odpovědělo 62 % dotázaných (39), že ví, co je supervize. Potřebné informace ohledně supervize chybí téměř 38 % dotázaných (24). Téměř 46% (29) respondentů a respondentek také odpovědělo, že dle jejich názoru je supervize pro zdravotnické pracovníky potřebná a pouhá 3 % odpovědí vyjadřovala, že supervize je pro zdravotníky zbytečná (2 osoby). Je možné, že vývoj v informovanosti o výhodách supervize dosáhl již přece jen vyšší úrovně oproti například výzkumu z roku 2005, který uvádí Marková (in Havrdová, 2005), kde bylo zjištěno, že pouhých 20 % sester znalo pojem supervize.

### 5.3 *Kontrola*

Kontrola naplňování profesionálních kompetencí probíhá ve zdravotnickém zařízení poměrně rozsáhle. Probíhá jak kontinuální hodnocení – kdy každá vrchní i staniční sestra hodnotí své podřízené jak průběžně, tak i souhrnné, kdy jedenkrát ročně vedoucí pracovník vypracovává na svého podřízeného hodnotící posudek. Konkrétní plnění přesně stanovených postupů je kontrolováno též namátkovou kontrolou – v rámci vnitřního auditu ho realizuje pověřená osoba, která zpracovává pro vedení zprávu o stavu v dané problematice.

Dohled a hodnocení, jak pracovníci zvládají komunikaci, náročné situace, jak jsou empatičtí a schopní spolupracovat, je velmi obtížně měřitelná. Cíleně je v Oblastní nemocnici Příbram prováděna jedenkrát ročně dotazníkovým šetřením. Tím je nastaven specifický systém „vzájemné“ kontroly pracovníků, kteří společně tvoří pracovní tým. Forma anonymního dotazníků s možností vypsát konkrétní problém, který spatřujete na konkrétní osobě, však evokuje systém donášení a anonymních udání. Ačkoli jsou pracovníci ujištěni o tom, že výsledek šetření nemá žádný praktický dopad pro jejich práci, jsou následně vedoucím pracovníkům sdělena jména. Vedoucí pracovník má za úkol s dotyčnou osobou dále pracovat, věnovat se jejím problémům a jejich odstranění. Dle mého názoru tento postup, byť zřejmě míněn dobře, může v respondentech vyvolat určitý pocit donášení. Otevírá se prostor určité „odplaty“ někomu, kdo mi je velmi nesympatický. Tento způsob je tak v přímém rozporu se systémem supervizí setkání, při nichž mohou být též zmiňovány problémy nebo nežádoucí vzorce chování některých pracovníků. Dochází k tomu však v uzavřené skupině a v osobní konfrontaci pracovníků se zachováním mlčenlivosti všech zúčastněných, jak popisuje například Michková (2008).

Od dubna 2012 také vstupuje v platnost Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, kterou se musí řídit všechna zdravotnická lůžková zařízení. Zdravotnická zařízení se v rámci kontroly kvality poskytované péče mohou ucházet také o tzv. akreditaci, udělovanou Spojenou akreditační komisí České

republiky. Akreditace dokazuje úroveň kontroly kvality a může být pro pacienty určující při výběru zdravotnického zařízení. Oblastní nemocnice Příbram v současné době není držitelem této akreditace ([www.sak.cz](http://www.sak.cz))

V otázce kontrolní funkce supervize z rozhovoru s členkou managementu vyplynulo, že supervizor pro zdravotnická zařízení by musel být člověk s důkladnou znalostí zdravotnického prostředí, což přesně potvrzuje i Marková (in Havrdová, 2008). Právě dobrá kontrola plnění předpisů a dodržování standardů ve zdravotnickém zařízení znamená bezpečnost léčebného procesu a má dopad na život pacienta.

Z rozboru rozhovorů vyplývá, že velkou bariérou v zavedení supervize je především nepřesná znalost její funkce u vedoucích pracovníků. Právě v rovině kontrolní je často zaměňována za audit nebo inspekci a vzhledem k zmiňovaným kontrolním mechanismům v odborných zdravotnických postupech, zde právem panuje obava z dalšího „testování“ tentokrát ve smyslu emočním nebo sociálním. Jak říká též Jičínská (2006) v celé naší společnosti je jistý zakořeněný strach z toho, že budu „posuzován a hodnocen“.

#### **5.4 Odpověď na výzkumné otázky**

V závěru své práce bych ráda shrnula všechny výsledky svého výzkumu do odpovědí na výzkumné otázky stanovené na počátku.

##### *1. Jaké jsou bariéry zavádění supervize do zdravotnického zařízení?*

Na tuto otázku jsem našla několik odpovědí: především je to malá a velmi povrchní **informovanost** vedení zařízení o funkci supervize jako takové. Souvisí s tím jistě fakt, že v rámci vzdělávání zdravotnických pracovníků ve středním školství je supervize vyučována až v posledních deseti letech. Přestože dotazníkové šetření ukázalo, že více než 60 % dotázaných zná pojem supervize, neukazuje, zda a jakým způsobem chápou její funkci a užitek z toho plynoucí. Fakt chybějících informací o

supervizi i v rámci vysokoškolského vzdělávání sester potvrzuje ve svém výzkumu též Vanclová (2012). Nikdo z respondentů výzkumu u vedoucích pracovníků neměl supervizi možnost zažít, **chybí zde tedy vlastní zkušenost a přesvědčení o potřebnosti**. Informace jsou příliš povrchní a vedoucí pracovníci nemají povědomí o supervizi začleněno do tradičních manažerských postupů, čímž plně souhlasím s Havrdovou (2005).

Na druhém místě bych jako hlavní bariéru uvedla vysoký **tlak na vstřebávání odborných znalostí**, nutnosti flexibilně reagovat na změny a podrobovat se časté kontrole a hodnocení v odborných záležitostech. Zdravotničtí pracovníci musí během své práce vstřebávat mnoho nových informací a tudíž jejich kapacita na reflexi je tím ovlivněná.

Třetí hlavní bariéru spatřuji v **úsporných ekonomických opatřeních**, v rámci kterých je mnoho nemocnic nuceno snižovat částky v rozpočtu, které se týkají především vzdělání a podpory zaměstnanců. Bohužel právě zdravotnictví je velkou mírou ovládáno ekonomickými a politickými zájmy zřizovatelů i tlaky zdravotních pojišťoven. Přesto právě moudrý management jakéhokoli velkého podniku považuje správně zvolené investice do zaměstnanců za významnou ekonomickou úsporu, jak říká Souček a Burian (2006). Supervize jako nástroj prevence vyhoření a tedy nekvalitní práce nebo odchodu zaměstnance takovou investicí bezesporu je.

Poslední zjištěnou a též podstatnou bariérou a obavou je potřeba, aby supervidovaný věnoval supervizi další **část svého času**. Najít na supervizi čas se ukázalo být problémem, stejně jak o tom mluví Kilminster a Jolly (2000). Z tohoto výzkumu je zřejmé, že vzdělávání zaměstnanců Oblastní nemocnice Příbram je nejčastěji organizováno právě v rámci pracovní doby. Zdravotničtí pracovníci jsou však zvyklí absolvovat jedenkrát měsíčně pracovní porady, kterých se účastní i ve svém volnu. Nabízí se tedy otázka, zda by se začlenění informací o významu supervize mohlo stát součástí pracovních porad a následného vzdělávání, čímž by nedošlo zásadnímu navýšení potřeby dalšího vyčleněného času.

2. *Jaké specifické podmínky musí splňovat supervize ve zdravotnickém zařízení?*

V rámci tohoto výzkumu byla zjištěna pouze jedna specifická podmínka, a sice že supervizor musí mít **dobré znalosti zdravotnického prostředí**.

3. *Podporuje vedení zdravotnického zařízení zavedení supervize jako nástroje podpory zaměstnanců a zvýšení kvality poskytovaných služeb?*

Vedení Oblastní nemocnice Příbram **zavedení supervize podporuje** za podmínek nízké ekonomické náročnosti a zájmu středního managementu a ostatních zaměstnanců.

4. *Jaké jsou konkrétní potřeby u vybraných zdravotnických profesí?*

Z dotazníkového šetření vyplynulo, jak již bylo popsáno výše, že velká část zdravotnických pracovníků dotázaných v rámci výzkumu vnímá své oslabení v těchto oblastech:

- **Nedokáže se radovat ze své práce**
- **Trpí nedostatkem uznání a ocenění**
- **Má problémy se srdcem, dýcháním a trávením**
- **Trpí poruchami spánku**
- **Trpí bolestmi hlavy**

5. *Jsou v dané organizaci podmínky příznivé pro zavedení supervize u nelékařských zdravotnických pracovníků?*

Z daného výzkumu se domnívám, že ano, především pro skutečnost, že více než 50 % respondentů a respondentek dotazníku vyjádřilo názor, že supervize je ve zdravotnictví potřebná. Dále tomu nasvědčuje i skutečnost, že v tomto konkrétním zdravotnickém zařízení jsou pracovníci zvyklí se účastnit vzdělání a aktivně se do jeho realizace zapojovat.

## 6. ZÁVĚR

Tato práce měla za cíl především najít bariéry, které brání zavedení supervize do zdravotnického zařízení. Vzhledem k faktu, že supervize má mnoho podob a funkcí, není pochyb, že své uplatnění by našla i v odvětví, které tolik dbá na přesné dodržování metodických pokynů, směrnic a standardů, kde jsou zaměstnanci neustále vzděláváni a konfrontováni s novými technologickými postupy.

System rozvinuté zdravotnické péče, tak jak ho známe v naší zemi, klade na nelékařské zdravotnické pracovníky obrovské nároky. Každý zdravotnický pracovník nelékařské profese musí rozumět specifickému zdravotnickému jazyku, umět se orientovat v základních medicínských pojmech, stejně dobře jako rozeznat, kdy je třeba pacienta vyslechnout a kdy a jak se ho ptát. Musí rozumět moderním technologiím a včas a srozumitelně zaznamenat každý detail, stejně dobře jako komunikovat s různými typy pacientů a jejich rodinnými příslušníky v kteroukoli denní i noční dobu. Zdravotník se nesmí zaleknout projevů stresu, zoufalství, beznaděje a tváří v tvář utrpení a smrti se od něj očekává především podpora pro ostatní. Naprostou samozřejmostí by pro něj měla být schopnost komunikovat ve stresu, při únavě; zvládnout verbální i neverbální komunikaci a být vždy k dispozici. Zdravotník je také člověk jako každý jiný, ale své rodinné, osobní a existenční problémy musí nechat skryté a být k dispozici potřebnějším. Zdravotník je zaměstnán na směny, pracuje mnohdy v prostředí, které běžným lidem někdy nahání strach se všemi svými pachy, utrpením i nebezpečím.

Díky svému výzkumu jsem měla možnost nahlédnout pod „pokličku“ obyčejných i neobyčejných, pracovitých a společností dost často nedoceněných zdravotníků, kteří pracují, když my spíme, těší nás, když pláčeme a zachraňují nás, když to sami nezvládáme.



Výsledky, které přinesl můj výzkum, potvrzují potřebnost supervize pro zdravotnické pracovníky jako podpory v jejich nelehké práci a zároveň vyjadřují i názor více než poloviny z dotázaných respondentů, že supervize je pro ně potřebná.

Ukázal také mnoho bariér, které zavedení supervize do zdravotnictví brání a to především v těchto čtyřech rovinách: jako bariéru z nedostatku informací, jako specifickou oblast, kde bariérou je nutnost vstřebat množství odborných informací, jako bariéru omezených zdrojů financí a jako bariéru časové náročnosti práce.

Specifikem požadavků na supervizi ve zdravotnictví se ukázala potřeba, aby případný supervizor dobře znal zdravotnické prostředí a uměl reagovat na všechny jeho změny.

Domnívám se, že pokud se zdravotníkům prostřednictvím školství i dalšího vzdělávání podaří předat kvalitní informace o významu a možnostech supervize, bude mít tato forma podpory i v této oblasti velké pole působnosti a užitku. Osobně bych zdravotníkům přála možnost využívat supervizi a množství kvalitních a vnímavých supervizorů, kteří je podpoří a pomohou jim ochránit se před projevy syndromu vyhoření i pocitu selhání a permanentního stresu.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) *Akreditace supervize* [online]. [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/2012/04/02/akreditace-supervize/>, poslední aktualizace 3. 3. 2013
- 2) *Akreditační standardy pro nemocnice: Manuál a metodika plnění*. 2.vyd. Spojená akreditační komise ČR a Tigis, 2008. Pdf. 87 s.
- 3) ATKINSON, Rita. *Psychologie*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. 751 s. ISBN 80-7178-640-3
- 4) BALINT, Michael. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. 318 s. ISBN 80-7169-734-6
- 5) BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9
- 6) BEDER, Joan. *Hospital Social Work: The Interface of Medicine and Caring*. 2.vyd. London: Routledge, 2013. 208 s. ISBN 978-04-1595-067-1
- 7) BOND, Meg - HOLLAND, Stevie. *Skills of Clinical Supervision for Nurses: A Practical Guide for Supervisees, Clinical Supervisors and Managers*. 2.vyd. Maidenhead: Open University Press, 2010. 318s. ISBN 978-0-33-523815-6
- 8) BROŽA, JIŘÍ a kol. *Supervize v adiktologické praxi*. 1.vyd. Praha: Triton, 2009. 156 s. ISBN 978-80-7387-209-0
- 9) CARROL, Michael - THOLSTRUPOVÁ, Margareth. *Integrativní přístupy k supervizi*. 1.vyd. Praha: Triton, 2004. 281 s. ISBN 80-7254-582-5
- 10) DOENGES, Marylenn E. - MOORHOUSE, Mary. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.vyd. Praha: Grada, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
- 11) *Etický kodex Evropské asociace supervizorů* [online]. [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <http://www.mujsupervisor.cz/hodnoty/eticke-zasady-evropske-asociace-supervize>, poslední aktualizace 3. 3. 2013

- 12) *Etický kodex nelékařských zdravotnických pracovníků/Věstník MZČR* [online]. [cit. 2013-03-01]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3646\\_1778\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html)., poslední aktualizace 18. 10. 2012
- 13) FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6
- 14) FRANKL, Viktor E. *Lékařská péče o duši*. 1.vyd. Brno: Cesta, 2006. 273 s. ISBN 80-7295-085-1
- 15) HANÁKOVÁ, Adéla. Supervize a etika sociální práce. In: *Zborník z Mezinárodnej konferencie doktorandov oborov Psychológia a Sociálna práca*. Nitra: Univerzita Konštatntína Filozofa, 2006. ISBN 80-8050-963-8
- 16) HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2.vyd. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-262-471-3
- 17) HAŠKOVCOVÁ, Helena. Péče o ošetřující týmy – pomáhající profese sobě. In: *Praktický lékař*. 80, 2000, č. 4, s. 228-229. ISSN 0032-6739
- 18) HAVRDOVÁ, Zuzana, HAJNÝ, Martin, et al. *Praktická supervize*. 1.vyd. Praha: Galén, 2008. 212 s. ISBN 978-80-7262-532-1
- 19) HAWKINS, Peter - SHOHET, Robin. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 216 s. ISBN 80-7178-715-9
- 20) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2
- 21) HENNING, Claudius – KELLER, Gustav *Antistresový program pro učitele: Projevy, příčiny a způsoby překonání stresu z povolání*. 1.vyd. Praha: Portál, 1996. 96 s. ISBN 80-7178-093-6
- 22) HERKUTZOVÁ, Eva. *Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky*. *Sestra*, 2008, 12, str. 57, ISSN 1210-0404
- 23) *Hodnocení zaměstnance – dotazník*. Formulář F 068. Interní dokument Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
- 24) HONZÁK, Radkin. Syndrom vyhoření. In: Janáčková, L. *Základy zdravotnické psychologie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-179-6, str. 77- 84

- 25) HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2009. 184 s. ISBN 978-80-246-1626-1
- 26) JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2008. 100 s. ISBN 978- 80-7387-179-6
- 27) JIČÍNSKÁ, Kateřina. Supervize jako celoživotní forma učení a zdroj profesionálního růstu sestry. In: *Změny v roli sestry na počátku nového tisíciletí: Sborník příspěvků z konference s mezinárodní účastí*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 208 s. ISBN 80-7013-449-6
- 28) JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 156 s. ISBN 978-80-7367-211-9
- 29) KAHOUN, Vilém. *Sociální zabezpečení: Vybrané kapitoly*. 1.vyd. Praha: Triton, 2009. 445 s. ISBN 978-80-7387-346-2
- 30) *Katedra řízení a supervize* [online]. [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: [http://web.krszs.info/index.php?id\\_strana=33&id\\_menu=1](http://web.krszs.info/index.php?id_strana=33&id_menu=1), poslední aktualizace 24. 7. 2012
- 31) KEBZA, Vladimír – ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření*. 2.vyd. Praha: Státní zdravotnický ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-7071-231-7
- 32) KERSON, Toba S. – MCCOYD, Judith T. *Social Work in Health Settings. Practice in context*. 3.vyd. Abingdon: Routledge, 2010. 389 s. ISBN 978-0-415-77845-9
- 33) KILMINSTER, S. M. – JOLLY, B. C. *Effective Supervision in Clinical Practice settings: a Literature Review*. Medical Education, 2000. Vol. 34, Iss. 10, str. 827 – 840
- 34) KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5.vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80- 7367- 181-6
- 35) KOZEL, Roman – MLYNÁŘOVÁ, Lenka – SVOBODOVÁ, Hana. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-3527-6

- 36) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
- 37) KŘIVOHLAVÝ, Jaro – PEČENKOVÁ, Jaroslava. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5
- 38) KUNEŠ, David. *Sebepoznání*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. 152 s. ISBN 978-80-7367-541-7
- 39) *Kvalita pracovního života - anonymní dotazník*. Interní dokument Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
- 40) MARKOVÁ, Monika. Supervize zdravotnických pracovníků in Havrdová, Hajný. *Praktická supervize*. 1.vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-532-1, str. 177 – 182.
- 41) MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3147-1
- 42) MARX, David – VLČEK, František. *Průvodce akreditačním šetřením Spojené akreditační komise, o.p.s v nemocnicích a zařízeních akutní péče*. 2.vyd. SAK, 2009. Pdf. 31 s.
- 43) MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3.vyd. Jinočany: H&H Vyšehradská, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7
- 44) MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2
- 45) MICHKOVÁ, Adéla. *Supervize*. 1.vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta, 2008. 106 s. ISBN 978-80-7394-145-1
- 46) MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4
- 47) *MZČR/Platné právní předpisy/Zdravotní služby* [online]. [cit. 2013-03-01]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby\\_6102\\_1786\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html), poslední aktualizace 18. 10. 2012
- 48) *Mzdy a platy ve zdravotnictví v roce 2011* [online]. [cit. 2013-03-11]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle.....>, poslední aktualizace 3. 8. 2012

- 49) NICHOLS, Michael P. *Zapomenuté umění naslouchat*. 1.vyd. Praha: Návrat domů, 2005. 300 s. ISBN 80-7255-106-X
- 50) NOVÁK, Tomáš. *Jak bojovat se stresem*. 1.vyd. Praha: Grada, 2004. 140 s. ISBN 80-247-0695-4
- 51) *Oblastní nemocnice Příbram, a.s. – O nás* [online]. [cit. 2013-03-29]. Dostupné z: <http://www.nemocnicepribram.cz/content.php?id=44>, poslední aktualizace 28. 3. 2013
- 52) *Oblastní nemocnice Příbram, a.s. – Úsek ředitele* [online]. [cit. 2013-03-29]. Dostupné z: <http://www.nemocnicepribram.cz/content.php?id=44>, poslední aktualizace 28. 3. 2013
- 53) *Obsah standardů kvality sociálních služeb. Příloha č. 2 - Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*
- 54) OUDOVÁ, Drahomíra. *Psychohygienu (duševní hygiena): Přednáška pro Univerzitu třetího věku CZU Praha*. Praha: IPV CZU, 2007. Dostupné z: <http://www.dl.webcore.czu.cz/file/Zll1UzQ4aFIRL3c9>
- 55) PAČESOVÁ, Martina. *Lékař, pacient a Michael Balint*. 1.vyd. Praha: Triton, 2004. 170 s. ISBN 80-7254-491-8
- 56) PEASE, Allan. *Řeč těla: jak porozumět druhým z jejich gest, mimiky a postojů těla*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 144 s. ISBN 80-7178-582-2
- 57) PLEVOVÁ, Ilona a kol. *Management v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0
- 58) *Práva pacientů ČR*. [online]. [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>, poslední aktualizace 27. 4. 2005
- 59) PREKOPOVÁ, Jiřina. *Empatie – vcítění v každodenním životě*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 132 s. ISBN 80-247-0672-5
- 60) PONĚŠICKÝ, Jan. *Člověk a jeho postavení ve světě*. 1.vyd. Praha: Triton, 2006. 2666 s. ISBN 80-7254-861-1
- 61) SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7

- 62) SCHNACK, Gerd - SCHNACKOVÁ, Kirsten. *Antistresové rituály*. 1.vyd. Praha: Ernestinum, 2006. 133 s. ISBN 80-7281-229-7
- 63) SOUČEK, Zdeněk - BURIAN, Jan. *Strategické řízení zdravotnického zařízení*. 1.vyd. Olomouc: Moravská vysoká škola v Olomouci a Professional Publishing, 2006. 196s. ISBN 80-86946-18-5
- 64) *Spokojenost pracovníků NLZP2012 – souhrn*. Interní dokument Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
- 65) SVOBODOVÁ, Dita. Dobrovolnický program ve VFN, In: Sborník Konference „I slova léčí“, Praha: Amélie, o. s. a VFN, 2013. Dostupné z: <http://amelie-os.cz/cz/dobrovolnicky-program/sbornik-i-slova-leci>
- 66) ŠVAŘÍČEK, Roman - ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0
- 67) TOŠNER, Jiří – TOŠNEROVÁ, Tamara. *Syndrom vyhoření: pracovní sešit pro účastníky kurzů*. Praha: Hestia, 2002. Dostupné z: <http://www.hest.cz/kresadlo/dokumenty-ke-stazeni/#.UY53PKIqzSE>
- 68) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4
- 69) VANCLOVÁ, Markéta. *Účel supervize v geriatrickém ošetřovatelství*. Diplomová práce. Brno: Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, 2012. Vedoucí práce: PhDr. Andrea Pokorná, PhD.
- 70) VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2
- 71) VENGLÁŘOVÁ, Martina - MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
- 72) *Výcvik v supervizi* [online]. [cit. 2013-04-10]. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/o-supervizi/vycvik-v-supervizi/>, poslední aktualizace 5. 4. 2013
- 73) Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče
- 74) Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách

- 75) VYMĚTAL, Štěpán. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9
- 76) ZACHAROVÁ, Eva – ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1
- 77) ZACHAROVÁ, Eva - HERMANOVÁ, Miroslava – ŠRÁMKOVÁ, Jaroslava. *Zdravotnická psychologie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068
- 78) Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod
- 79) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění
- 80) Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění
- 81) ZETKOVÁ, Bohumila. *Využití supervize ve zdravotnických zařízeních*. Diplomová práce. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské university v Českých Budějovicích, 2011. Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, PhD.



## 8. KLÍČOVÁ SLOVA

- Lůžková zdravotnická zařízení
- Nelékařští zdravotničtí pracovníci
- Syndrom vyhoření
- Psychohygienu
- Supervize

## **9. PŘÍLOHY**

### **Seznam příloh:**

**Příloha č. 1 - Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů**

**Příloha č. 2 – Práva pacientů České republiky**

**Příloha č. 3 – Doporučení k prevenci syndromu vyhoření**

**Příloha č. 4 – Struktura rozhovoru s náměstkyní pro ošetrovatelskou péči Oblastní nemocnice Příbram, a.s.**

**Příloha č. 5 – Struktura rozhovoru s vrchními sestrami Oblastní nemocnice Příbram, a.s.**

**Příloha č. 6 – Dotazník pro nelékařské zdravotnické pracovníky vybraných oddělení Oblastní nemocnice Příbram, a.s.**

### **Příloha č. 1 – Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů**

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.

- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

### **Zdravotnický pracovník a spoluobčané**

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotnický pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem (PRO).
- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako poskytovatele zdravotní péče.

## **Příloha č. 2 – Práva pacientů ČR**

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má

být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.

4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

*Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.*

*Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992*

### **Příloha č. 3 – Doporučení k prevenci syndromu vyhoření**

- 1. Snižte příliš vysoké nároky.** Kdo na sebe i druhé klade neustále příliš vysoké nároky, vystavuje se nebezpečí stresu. Přijměte skutečnost, že člověk je nedokonalý a chybující.
- 2. Nepropadejte syndromu pomocníka.** Vyhněte se nadměrné citlivosti k potřebám druhých lidí. Pohybuje se v rozmezí mezi soucítěním a emocionálním odstupem. Nesnažte se být zodpovědní za všechny a za všechno. Čím více budete ostatním pomáhat, tím více budou bezmocní.
- 3. Naučte se říkat NE.** Nenechávejte se přetěžovat. Řekněte ne, pokud budete cítit, že je toho na vás nakládáno příliš. Myslete někdy také na sebe.
- 4. Stanovte si priority.** Nemusíte být všude a vždy. Nevyplývejte svou energii na nesčetné aktivity. Soustřeďte se na činnosti, které si vyberte jako podstatné.
- 5. Dobrý plán ušetří polovinu času.** Zacházejte rozumně se svým časem. Rozdělte si rovnoměrně práci. Větší úkoly si rozdělte na dílčí etapy, které budete schopni zvládnout. Snažte se vyhnout odkládání práce.
- 6. Dělejte přestávky.** Uvědomte si, že vaše zásoba energie je omezená. Nežeňte se z jedné činnosti do druhé.
- 7. Vyjadřujte otevřeně své pocity.** Pokud se vás cokoliv dotkne, dejte to najevo. Udělejte to tak, abyste sami necitlivě nezasáhli druhého.
- 8. Hleďte emocionální podporu.** Sdělená bolest, poloviční bolest. Najděte si „vrbu“, důvěrníka, kterému můžete otevřeně vyličit svoje problémy.
- 9. Hleďte věcnou podporou.** Všechny problémy nemůžete vyřešit sami. Není nutné lámat si se vším hlavu sám. Pohovořte si s kolegyněmi a kolegy, požádejte je o radu a o návrhy na řešení.
- 10. Vyvarujte se negativního myšlení.** Jakmile zabřednete do hloubání a sebelítosti, řekněte si „stop“. Položte si otázku: „Co je na mně dobrého?“ Radujte se z toho, co umíte a dokážete. Užívejte také pozitivních stránek života. Vychutnávejte všechno, co podle vás má v životě nějakou hodnotu.
- 11. Předcházejte komunikačním problémům.** Práci si dobře připravte, sdělte spolupracovníkům i klientům hned na začátku svá očekávání a cíle. Vyhýbejte se ukvapeným rozhodnutím, planým slibům, i výhrůžkám.
- 12. V kritických okamžicích zachovejte rozvahu.** V konfliktní situaci se nenechávejte svést prvním negativním pocitem k impulsivnímu jednání. Uvědomte si váš manévrovací prostor a přiměřené způsoby řešení konfliktu. Konfliktní situaci můžete vyřešit paradoxní reakcí, nebo humorem.
- 13. Následná konstruktivní analýza.** Projděte si zpětně kritické situace. Analyzujte svoje chování, navrhněte alternativy řešení. Zapijte do rozboru kolegyně a kolegy.

- 14. Doplnujte energii.** Vaše práce není pupek světa. Vyrovnávejte pracovní zátěž potřebnou mírou odpočinku. Věnujte se činnostem a vztahům, při kterých se cítíte dobře a které vás naplňují. Osvojte si relaxační techniky.
- 15. Vyhledejte věcné výzvy.** Buďte otevření novým zkušenostem, dále se uče a vzdělávejte. Rozšiřování obzoru a repertoáru komunikačních technik zlepšuje schopnost zvládat stres.
- 16. Využívejte nabídek pomoci.** Jestliže máte pocit, že v kritických situacích nereagujete dobře, měli byste se snažit změnit své chování. Přihlaste se do vhodného výcviku, zorganizujte mezi kolegyněmi a kolegy diskusní skupiny, požadujte na nadřízených supervizi vaší práce.
- 17. Zajímejte se o své zdraví.** Berte vážně varovné signály vašeho těla. Zmírněte pracovní nasazení, dopřávejte si dostatek spánku, zdravě se stravujte, sportujte, udělejte si radost.
- (Tamara a Jiří Tošnerovi, 2002)

#### **Příloha č. 4 - Struktura rozhovoru s náměstkyní pro ošetřovatelskou péči Oblastní nemocnice Příbram, a. s.**

- Kolik zaměstnanců má vaše zařízení?
- Kolik z toho jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří se fyzicky podílí na přímé péči o pacienta? (všeobecná sestra, zdravotně sociální pracovník, zdravotnický asistent, ošetřovatelky...) %
- Podle jakých kritérií jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci přijímáni na konkrétní pracovní pozice? (vzdělání, délka praxe, psychologický profil, pohovor)
- Jakým způsobem jsou ohodnocováni? (tabulkový plat, postup – odpracované roky, odměny)
- Probíhá ve vašem zařízení ještě jiné než finanční hodnocení zaměstnanců?
- Používáte nějaké nástroje v hodnocení kvality poskytované péče?
- Existuje nějaký hodnotící ukazatel, který zobrazuje spokojenost zaměstnanců (nelékařských zdravotnických pracovníků - NZP), případně jaké jsou výsledky?
- Probíhá ve vašem zařízení systémově vzdělávání NZP v odborných dovednostech? Pokud ano, jaký je to systém?
- Probíhá ve vašem zařízení obdobné vzdělávání v dovednostech, které nejsou přímo spojeny s danou odborností (např. komunikace, psychohygiena apod.)?
- Jedním z nástrojů psychohygieny, zvyšování a kontroly kvality poskytované péče a vzdělávání zaměstnanců je také supervize – jaký je váš názor na její zavádění do zdravotnictví?
- Jsou ve vaší organizaci podmínky pro zavedení supervize?

- Setkala jste se vy sama se supervizí?

### **Příloha č. 5 - Struktura rozhovorů s vrchními sestrami vybraných oddělení Oblastní nemocnice Příbram, a. s.**

- Kolik nelékařských zdravotnických pracovníků má vaše oddělení?
- Podle jakých kritérií jsou NZP přijímáni na konkrétní pracovní pozici na vašem oddělení?
- Jakým způsobem jsou ohodnocováni (tabulkový plat, postup – odpracované roky, odměny)
- Probíhá na vašem oddělení ještě jiné než finanční hodnocení zaměstnanců?
- Používáte nějaké nástroje v hodnocení kvality poskytované péče?
- Existuje na vašem oddělení nějaký mechanismus ke zjišťování spokojenosti zaměstnanců?
- Máte na vašem oddělení nějaký zažitý systém vzájemné podpory při krizových situacích (úmrtí pacienta, častý kontakt s velkým utrpením a bolestí)?
- Zaznamenala jste potřebu takové podpory od zaměstnanců?
- Probíhá na vašem oddělení systémově vzdělávání NZP v odborných dovednostech?
- Probíhá na vašem oddělení obdobné vzdělávání v dovednostech, které nejsou přímo spojeny s danou odborností (např. komunikace, psychohygiena apod.)?
- Jedním z nástrojů psychohygieny, zvyšování a kontroly kvality poskytované péče a vzdělávání zaměstnanců je také supervize – jaký je váš názor na její zavedení přímo na vaše oddělení?
- Dovedete si představit, že by byla na vaše oddělení zavedena supervize jako nástroj podpory pracovníků, zvyšování poskytované péče a vzdělávání?
- Setkala jste se vy sama se supervizí?
- Na čem podle vašeho názoru závisí, zda jsou zaměstnanci spokojeni v práci?

## **Příloha č. 8 – Dotazník - projevy syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků**

DOTAZNÍK pro zdravotnické pracovníky vybraných oddělení ONP, a.s. (všeobecná sestra, zdravotnický asistent, zdravotně sociální pracovník, zdravotnický záchranář, ošetřovatel, sanitář)

### Syndrom vyhoření

Dobrý den, jmenuji se Monika Ciklerová a chtěla bych vás požádat o vyplnění dotazníku, týkajícího se tzv. *Syndromu vyhoření*. Dotazník je anonymní a výsledky tohoto dotazníkového šetření budou použity pro účely mé diplomové práce na ZSF JCU.

Odpovědi zakroužkujte, zaškrtněte, případně vyplňte příslušné políčko čitelným symbolem (např. x)

- Jste žena/ muž
- Pracujete jako: zdravotní sestra/ zdravotnický asistent/ zdravotně sociální pracovník/ zdravotnický záchranář/ ošetřovatel/ sanitář/ jiný NLZP (vypište)  
.....
- Na své současné pracovní pozici pracujete: 0 – 1 rok/ 2 – 4 roky/ 5 - 10 let/ 10 a více let
- Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je: základní / střední / vyšší odborná škola / bakalářský studijní obor na VŠ/ magisterský obor na VŠ/ jiné (vypište).....

Následující část zjišťuje možné projevy **Syndromu vyhoření** ve standardizovaném dotazníku - zaškrtněte, prosím, u každé položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají.



<b>INVENTÁŘ SYNDROMU VYHOŘENÍ</b> (dle C. Henninga a G. Kellera)	vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
1. Obtížně se soustřeďuji	4	3	2	1	0
2. Nedokáži se radovat ze své práce	4	3	2	1	0
3. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“	4	3	2	1	0
4. Nemám chuť pomáhat problémovým pacientům	4	3	2	1	0
5. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	4	3	2	1	0
6. Jsem sklíčený/á	4	3	2	1	0
7. Jsem náchylný/á k nemocím	4	3	2	1	0
8. Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy/kolegyněmi	4	3	2	1	0
9. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných pacienta i o pacientech	4	3	2	1	0
10. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á	4	3	2	1	0
11. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením apod.	4	3	2	1	0
12. Pocity nespokojenosti v zaměstnání narušují mé soukromé vztahy	4	3	2	1	0
13. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	4	3	2	1	0
14. Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní	4	3	2	1	0
15. Jsem napjatý/á	4	3	2	1	0
16. Práci s pacienty omezují na její mechanické provádění	4	3	2	1	0
17. Přemýšlím o odchodu ze své nynější profese	4	3	2	1	0
18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění	4	3	2	1	0
19. Trápí mě poruchy spánku	4	3	2	1	0
20. Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	4	3	2	1	0
21. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru	4	3	2	1	0

22. Cítím se ustrašený/á	4	3	2	1	0
23. Trpím bolestmi hlavy	4	3	2	1	0
24. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s pacienty	4	3	2	1	0

Velmi děkuji za čas a ochotu, který jste vyplňování dotazníku věnoval/a.